مدخل إلى
التربية الخاصة

الدكتور
قحطان أحمد الظاهر



الطبعة الثانية
2008

مدخل
إلى التربية الخاصة

مدخل
إلى التربية الخاصة

الدكتور
قحطان أحمد الظاهر

دار وائل للنشر
الطبعة الثانية
2008

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية : (٢٠٠٤/٨/١٩٥٧)
٣٧١,٩
الظاهر ، قحطان أحمد
مدخل الى التربية الخاصة / قحطان أحمد الظاهر. - عمان، دار وائل ، ٢٠٠٤.
(٤٧٥) ص
ر.إ. : (٢٠٠٤/٨/١٩٥٧)
الواصفات: التعليم الخاص / التعليم / التربية

* تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

ISBN 9957-11-564-2 (ردمك)

* مدخل إلى التربية الخاصة
* الدكتور قحطان أحمد الظاهر
* الطبعة الثانية 2008



دار وائل للنشر والتوزيع
* الأردن - عمان - شارع الجمعية العلمية الملكية - مبنى الجامعة الاردنية الاستثماري رقم (٢) الطابق الأول
هـاتف : ٠٠٩٦٢-٦-٥٣٣٨٤١٠ - فاكس : ٠٠٩٦٢-٦-٥٣٣١٦٦١ - ص. ب (١٥١٥ - الجبيهة)
* الأردن - عمـان - وسـط البـلد - مجمـع الفحيص التجـاري- هـاتف: ٠٠٩٦٢-٦-٤٦٢٧٦٢٧
www.darwael.com
E-Mail: Wael@Darwael.Com

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وما أوتيتم من العلم إلا قليلاً ﴾

صدق الله العظيم

الإهداء

إلى روح أخي الشهيد عبد السلام حبا راسخاً في القلب

إلى من لا يفارقني عبقهما المفعم بالحب والحنان الصافي والديَّ رحمهما الله

إلى روح عمي الذي غمرني حباً أبوياً صادقاً

إلى كل العيون الساهرة على ذوي الاحتياجات الخاصة

أهدى هذا الجهد المتواضع

محتويات الكتاب

الموضوع	الصفحة

الفصل الثاني
الاعاقة العقلية

الفصل الثالث
الإعاقة السمعية

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الفصل السادس

صعوبات التعلم

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

مقدمة

ان الاهتمام بحقل التربية بشكل عام والتربية الخاصة بشكل خاص يرتبط ارتباطاً وثيقاً بدرجة الوعي والتحضر لأي بلد من البلدان. وكلما تطورت الحياة بشكل عام كلما ازداد الاهتمام بحقل التربية بكل أشكالها.

وتعد التربية الورقة الرئيسية التي تراهن عليها جميع الأحزاب والجماعات والمنتديات لأنها تمثل العمود الفقري للبناء المستقبلي لأي دولة.

ان الاهتمام بالتربية الخاصة يجسد درجة الوعي والتحضر إذ تعد احدى النقاط التي نحكم من خلالها على تحضر وتمدن أي دولة من دول العالم وذلك لارتباطها بدرجة الوعي والحس الانساني التحضري. لذلك يمكن القول ان الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة قد تختلف بأختلاف الحالة التحضرية للبلد. وتسعى الدول جميعاً وبشكل خاص المتطورة منها تقديم كل ما تستطيع تقديمه من خدمات للنهوض بهم، وتطوير واستغلال قدراتهم الى الحد الذي يؤدي بشكل عام الى الاستقلالية، ليأخذوا دورهم في المجتمع الذي يعيشون فيه، وأن يشعروا بكينونتهم، وان يتحملوا المسؤولية ويشتركوا في عملية البناء كأقرانهم الآخرين الأمر الذي يؤدي الى تغيير الاتجاهات السلبية للمجتمع نحوهم.

لذلك تعرض هذا الكتاب الى فئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي يتزايد الاهتمام بها يوما بعد آخر لأنها تمثل شريحة قد تصل الى 10% من المجتمع، والنهوض بها يعد نهوضاً للمجتمع بكامله. وحقيقة الأمر ان هذا الكتاب اعتمد بشكل أساسي على كتاب لي هو الطفل غير العادي الذي ركز بشكل أساسي على الموهوبين والمعاقين عقليا لأن هاتين المادتين كانتا تدرس كمساقين في الجامعة السابقة التي كنت أدرس فيها، ولم يغط الكتاب السابق جميع فئات التربية الخاصة إلا بعضها وبشكل غير كامل لكل المتغيرات المتعلقة بالفئة.

الأمر الذي حدا بي عمل هذا الكتاب الذي يضم تحت جناحيه جميع فئات التربية الخاصة بشكل متكاكل الى حد ما .

تعرض الفصل الأول الى مقدمة في التربية الخاصة الذي غطى بشكل أساسي المفاهيم والمصطلحات التي استخدمت في حقل التربية الخاصة والأهداف ودور مؤسساته التربية الخاصة، والبدائل التربوية ودور الأسرة أو الخدمات المقدمة لهم على اختلاف أنواعها.

أما الفصل الثاني فقد تعلق بالاعاقة العقلية من جميع جوانبها حيث غطى الفصل التعريفات، والتصنيف، والأسباب، والتشخيص، والخصائص، والدمج والفصل، والبرامج التربوية، وطرق التعليم.

وتطرق الفصل الثالث الى الإعاقة السمعية حيث رمى بظلاله على تكوين الأذن وآلية السمع، والتعريفات والتصنيفات التي استخدمت في هذا الجانب وكيفية الكشف عن الاعاقة السمعية، وأثرها في الجوانب اللغوية والاكاديمية والاجتماعية والانفعالية، وطرق التواصل والتعليم.

أما الفصل الرابع فتعلق بالاعاقة البصرية من حيث أجزاء العين، وآلية البصر وماهية الاعاقة البصرية، وأسبابها، وقياسها، وأثرها في الجوانب العقلية والاجتماعية والانفعالية والحركية واللغوية، وأهم الحاجات الشخصية والتربوية للكفيف.

وتطرق الفصل الخامس للاعاقات الجسمية والصحية الذي يعد باباً واسعاً من الاعاقات الجسمية والصحية، وتعرض الفصل الى التعريفات والخصائص والتصنيف الذي شمل الاعاقات العصبية، والاضطرابات العظمية والعضلية والاضطرابات الصحية.

أما الفصل السادس فتعلق بصعوبات التعلم من حيث ماهيتها وتعريفها والمحكات التي استخدمت لتحديد صعوبات التعلم، وتصنيفها، ومظاهرها، وأسبابها،

وأساليب القياس والتقييم وأدواتها، وعلاج الصعوبات النمائية (التذكر، الانتباه، الادراك) وعلاج الصعوبات الاكاديمية (القراءة والكتابة والحساب).

وغطى الفصل السابع الاضطرابات الانفعالية والسلوكية من حيث تعريفها ونسبتها وتصنيفها، ومعايير الحكم على السلوك من حيث كونه سوياً أو غير سوي. وأسبابها والعوامل المرتبطة بها، وقياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وخصائص المضطربين انفعالياً، وأساليب العلاج. كما تعرض الفصل الى التوحد من حيث تعريفه، وخصائصه، وأسبابه، وتشخيصه، وكيفية علاجه.

أما الفصل الثامن فقد تعرض الى اضطرابات اللغة والكلام، وغطى مفاهيمها ونسبة انتشارها، ومراحل تطور اللغة، والعوامل المؤثرة فيها، وتصنيف اضطرابات اللغة والكلام، وأسبابها، وقياسها، والتدخل العلاجي لاضطرابات النطق والكلام.

واختتم الفصل الأخير بالموهبة والتفوق، ورمى بظلاله على أهم المتغيرات المتعلقة بالموهبة والمتفوق من حيث التعريف والتشخيص والتصنيف ومكونات التفوق، وخصائص المتفوقين عقليا، والنظريات التي فسرت التفوق، والذكاء ونظرياته، والابتكار وأنواعه وعوامله، ومراحله، والعلاقة بين الذكاء والابتكار، والمشكلات التي يتعرض لها المتفوق في البيئة الاسرية والمدرسية، والدمج والفصل، والبرامج المقدمة للمتفوقين عقلياً.

آمل أن أكون وفقت لتغطية جميع الجوانب الأساسية المتعلقة بذوي الاحتياجات الخاصة، وأسأل الله التوفيق.

د. قحطان احمد الظاهر

1

الفصل الأول
مقدمة في التربية الخاصة

- نظرة استهلالية
- الطفل غير الاعتيادي
- التربية الخاصة
- المصطلحات التي استخدمت في التربية الخاصة
- ما دور مؤسسات التربية الخاصة واستراتيجيتها
- ما هي البدائل الخدمية المقدمة في التربية الخاصة
- موقف ردود الأسرة من الطفل المعاق
- الخدمات المقدمة للمعاقين
- الخدمات الاجتماعية
- الخدمات التربوية
- الخدمات النفسية
- الخدمات الترفيهية
- الخدمات الرياضية
- الخدمات الطبية
- الخدمات التأهيلية
- أهم المبادئ التي تعتمد في عملية التأهيل
- مؤسسات ومراكز التأهيل

نظرة استهلالية

ان الطفل المعاق وجد منذ ان وجدت البشرية ما زالت هناك فروق بيولوجية واجتماعية وطبيعة، فهو ليس موضوعاً طارئاً أو خاصاً بفئة من الناس دون غيرهم، وانما هو موضوع واجهته البشرية منذ أقدم العصور، ولم يتوقف يوما ما، وستظل الاعاقة ماثلة امامنا ما زالت اسبابها قائمة.

اختلفت النظرة الى المعاقين بأختلاف الزمان والمكان، فكانت النظرة إليهم قديما تتسم بالدونية والاستهجان والازدراء والاحتقار ومكانتهم الاجتماعية تتسم بالانحطاط، وهم لا يرقون ان يكونوا بمستوى أقرانهم الاعتياديين .

ولكن الصورة ليست واحدة باختلاف المكان إذ تختلف وفق طبيعة الحضارات والثقافات.

وفي العصر الحديث، ونتيجة للتطور السريع الذي حصل في العالم أفرز بظلاله على مختلف ميادين الحياة. فازداد وعي الانسان بشكل كبير جداً مما انعكس بشكل ايجابي على حسه الانساني. اضافة الى ظهور اعلام كبار اهتموا بهذه الشريحة امثال إيتارد وسيجوين وفروستج ومايكلبست وكروكشانك وفروبل ومنتسوري وبياجيه وبينيه وغيرهم.

واخذت هذه الشريحة نصيبها من ذلك التقدم والتطور الذي هو تجسيد للعقل البشري، فاصبحت الدول المتقدمة المتحضرة تنظر إلى انسانية الفرد قبل كل شيء. لذلك أصبح الاهتمام بالمعاقين متزايداً ما زالت النظرة المتحضرة أساساً إلى انسانيته. ويعد هذا الاهتمام بالمعاقين نقطة من مجموعة نقاط لقياس تحضر أي بلد من البلدان.

لذلك نجد فارقاً واضحاً بين الدول في مدى الخدمات والرعاية المقدمة للمعاقين تلك التي تهدف إلى تقريبهم من الاعتياديين، أو تجاوز حالة الاعاقة ليعيشوا حياة طبيعية كأقرانهم، أو على أقل تقدير البقاء على حالة الاعاقة على درجتها دون تفاقم لأن الاعاقة قد تزداد سوءً اذا لم يكن هناك تدخل للحد منها أو

معالجتها بأسلوب علمي موضوعي بعيداً عن العشوائية. وتتأثر الخدمات المقدمة للمعاقين الى حد ما بالوضع السياسي والاقتصادي والاجتماعي والديني.

يطلق على كل ما يقدم للطفل الخاص من خدمات متنوعة بالتربية الخاصة واحيانا يطلق عليها علم النفس الخاص الذي يعد جزءاً من علم النفس العام، ويهتم الثاني بالعمليات والخصائص النفسية لشخصية الانسان العادي، بينما يدرس الأول النمو النفسي والعقلي والانفعالي والاجتماعي للأطفال المعاقين.

لقد ازداد الاهتمام بالمعاقين نتيجة للأعداد الكبيرة إذ اشارت احصائيات منظمة الامم المتحدة للأطفال يونسيف [(1)] إلى وجود ما يقرب من (500) مليون معاق في العالم من بينهم (140) مليون من الأطفال. واشارت الاحصائية نفسها إلى أن المعاقين عقليا يشكلون (40) مليوناً بمختلف درجاتهم وأنماطهم. ويعاني (42) مليونا من اعاقات بصرية تختلف في حدتها، ومن ضمنهم (15) مليون كفيف، ويشكل المصابون بالصمم أو الضعف السمعي (70) مليوناً.

وتكشف بعض الاحصائيات العالمية [(2)] مدى زيادة حجم المشكلة عالمياً وابعادها المستقبلية حتى عام 2000 حيث ان اجمالي نسبة المعاقين في الدول المتقدمة تصل عام 2000 إلى 136 مليون من بينهم (81.6) مليون شديدي الاعاقة. أما في الدول النامية فسيصل عدد المعاقين (609.7) مليون معاق من بينهم (425.8) مليون شديدي الاعاقة.

وطبقا لاحصاءات عام 1981 ف الذي اعتبر عام المعاقين، فان النسبة التي تشير إليها عن اجمالي المعاقين في العام (10%) من الاجمالي العام للسكان. ولكن نجد تفاوتاً دالا احصائياً بين الدول المتقدمة والدول النامية. حيث بلغ متوسط

---

(1) القذافي، رمضان (1988) سيكولوجية الاعاقة. ليبيا: الدار العربية للكتاب، ص 7 .

(2) عبد الرحمن، محمد عبد الله، سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في الدول النامية. القاهرة: دار المعرفة الجامعية، ص 91 .

المعاقين في الدول المتقدمة (8%) بينما تصل نسبة المعاقين في الدول النامية الى (13.5%) وقد تصل الى 20% في الدول الفقيرة الاكثر تخلفاً.

كما تشير نسب الزيادة السنوية وتباينها بين الدول المتقدمة والدول النامية، ففي الدول المتقدمة كانت الزيادة 0.75% ويرتفع هذا المعدل الى حوالي 2.56% في الدول النامية.

لقد ظهر الاهتمام بالمعاقين بشكل واضح جلي بعد منتصف القرن العشرين ليصبح إتجاهاً عالمياً يدعو لفهم وتوفير الخدمات الصحية والاجتماعية والتربوية والتأهيلية من اجل تنمية قدراتهم وامكانياتهم لتحقق الكفاية الذاتية والاجتماعية والمهنية. وهذا هو موقف انساني قبل ان يكون نظرة اقتصادية.

لم يكن الاهتمام بالمعاقين حكراً على فئة دون غيرها إذ اشترك في ذلك الاطباء وعلماء النفس وعلماء التربية وعلماء الاجتماع. واشتركت وسائل كثيرة في توعية الناس اضافة إلى المؤسسات التعليمية كوسائل الاعلام المختلفة والاجهزة المرئية والمسموعة. في حين كانت الرعاية في السابق مقتصرة على الجانب الطبي حيث كانت الرعاية والعلاج تقدم من قبل المؤسسات الطبية وبعض الهيئات الخيرية. أما التربية فكانت مقتصرة على الاعتياديين فقط، والطبيب هو المسؤول الأول الذي يقرر التربية الخاصة. ثم اشترك علماء النفس والتربويون وعلماء الاجتماع اضافة إلى الأطباء للعمل سوية على تقديم الخدمات المتنوعة للمعاقين.

وادركت الأسر اكثر من اي وقت مضي أهمية دور التشخيص المبكر لأي شكل من أشكال الاعاقة، لان ذلك يوفر فرصاً كبيرة للمعالجة، وللحد من حالة الاعاقة، وتغيرت النظرة الى مفهوم الاعاقة، فبعد ان كان ينظر اليها كعاهة مستديمة، وان المعاق يختلف عن الاخرين، وقد يعزل بعضهم. أصبحت النظرة الحديثة تتسم بالشمولية إذ لا يجري التركيز على حالة الاعاقة ذاتها دون جوانب أخرى يمكن أن تستثمر استثماراً حقيقياً تعود على المعاق بالنفع الكبير على المستوى الاقتصادي والاجتماعي والاعتماد على الذات اضافة إلى ما يفرزه ذلك

من شعور بالكفاءة بحيث يرجع بمردود ايجابي حتى على حالة الاعاقة، لاننا لا يمكن ان نفصل بشكل مطلق جانب عن جانب آخر. فالذات تتكون من مجالات عقلية واجتماعية وانفعالية وجسمية. وكل تحسن في جانب سينعكس بشكل ايجابي على الجوانب الأخرى بدرجات متفاوتة.

لذلك يمكن القول بشكل عام سواءاً فيما يتعلق بالأطفال الخواص أو الاعتياديين هو أننا يمكن ان نركز على الايجابيات لتحسين الحالات السلبية كاستراتيجية علاجية يقوم بها كثير من المهتمين بالمعاقين كأولياء الأمور والمعلمين والاقران والمحيطين بهم.

وقد اشرنا سابقاً أن شعور الفرد بالنقص قد يدفعه الى حالة من التعويض لسد هذا النقص من خلال استغلال بعض القدرات التي يمكن النهوض بها والتميز بها.

ان التربية الحديثة تركز على المتعلم اكثر من تركيزها على المناهج، وبما ان مدى الفروق الفردية بين المعاقين واسعة فالتربية الخاصة يفترض أن تركز أساساً على مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال، لأن كل طفل نسيج وحده من حيث امكانياته وقدراته العقلية واستعداداته فضلا عن سماته الشخصية وميوله ودوافعه. فالتربية الخاصة لم تعد تصنف المعاقين فقط وانما تقدم وصفاً للخدمات والاحتياجات. لذلك يتطلب توجيهاً وتنوع خبرات ليكون المجال واسعاً أمام الأطفال ليصلوا إلى المستوى الذي يستطيعون الوصول اليه، الأمر الذي يجعل الفرد المعاق يقدم خدماته للمجتمع الذي يعيش فيه وفق امكانياته، وهذا ينعكس بشكل إيجابي على رؤيته لنفسه.

ولكننا في ذلك الوقت يجب ان نقر بان الخدمات التي يحتاجها المعاقون كثيرة ومتنوعة، ولا يمكن بشكل واقعي ان تكون جهة واحدة تستطيع ان تقدم هذه الخدمات، وانما يفترض ان تشترك بها جهات متعددة تبدأ بالأسرة، والمؤسسات التعليمية، والمؤسسات الاجتماعية، والمؤسسات الاعلامية، والمؤسسات الصحية، ومراكز العلاج الخاصة.

الطفل غير الاعتيادي

يمكن القول ابتداءاً ان كل طفل معاق هو طفل غير اعتيادي وليس كل طفل غير اعتيادي هو طفل معاق.

والطفل غير الاعتيادي هو ذلك الطفل الذي ينحرف انحرافاً ملحوظاً عن اقرانه الاعتياديين في جانب أو اكثر من الجوانب العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية، ويتطلب ذلك الانحراف رعاية وعناية خاصة من خلال تقديم الخدمات المختلفة التي تتناسب مع ذلك الانحراف ونوعه.

لذلك يخضع تحت مفهوم الطفل غير الاعتيادي كلا من المعاقين والمتفوقين. والطفل المعاق عقلياً مثلا هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع من الأداء العقلي كأقرانه الاعتياديين وما يفرزه ذلك من تأثير في الجوانب الاخرى وخاصة الاجتماعية والانفعالية لذلك فهو يحتاج إلى برامج وخدمات تتناسب وقدراته العقلية واستعداداته الخاصة.

أما الطفل المتفوق فهو الآخر طفل غير اعتيادي لان اداؤه العقلي وما يرتبط به من نواحٍ أخرى، يتميز عن أقرانه الاعتياديين، ويتطلب ذلك برامجاً تتناسب وقدراته وامكانياته واستعداداته.

لذلك فان المصطلح الامريكي Exceptional Child يشمل المعاقين والمتفوقين الذين ينحرفون إنحرافاً ملحوظاً عن الاعتياديين.

ولابد من التمييز بين مصطلحى Abnormal و Exceptional إذ أن الاول يقتصر على المعاقين فقط، بينما الثاني يضم كل من المعاقين والمتفوقين.

ان الطفل المعاق هو ذلك الطفل الذي يعاني من ضعف أو قصور في وظيفة أو أكثر من وظائفه وبدرجات متفاوتة يجعل اداؤه المرتبط بذلك ليس بالمستوى الذي يتناسب مع اداء أقرانه الاعتياديين. ويكون التعرف على دونية الأداء خاصة العقلي منها من خلال المؤشرات المادية أو التربوية أو النفسية. كذلك

يحتاج الطفل الى حاجات تعليمية وتربوية قد تختلف عما يتطلبه الطفل الاعتيادي، ولكي يكون هناك نوع من التعويض لضعفهم وقصورهم.

ولكن المهتمين اختلفوا في نظراتهم حول الطفل المعاق فمنهم من يؤكد على الجانب العقلي، وآخر يؤكد على الجانب الجسمي والسلوكي، وهناك من يؤكد على النضج الاجتماعي.

فعلى سبيل المثال يرى دون Dunn [1] الطفل المعاق هو الطفل الذي تنحرف خصائصه الجسمية والسلوكية بحيث تكون معرقلة لعملية التعلم الأمر الذي يتطلب اجراءات التربية الخاصة وأهدافها. بينما نظر تاونسند (Townsend) [2] بشكل اكثر شمولية من دون Dunn حيث حدد مفهوم الاعاقة بما يلي:

1- نوع من الخلل البدني والفسيولوجي والسيكولوجي في الإنسان.

2- تعد الاعاقة حالة اكلينكية متزامنة تؤثر في العمليات الفسيولوجية والسيكولوجية.

3- تعد الاعاقة نوع من القصور الوظيفي في الانشطة العادية سواءاً كانت تلك الأنشطة تجري بصورة فردية أو جماعية.

4- الاعاقة حالة سلوكية مميزة لها مظهر غير طبيعي اجتماعياً.

5- الاعاقة تتحدد اجتماعياً حسب الفئة والمكانة التي يشغلها المعاق في المجتمع.

تأتي الاختلافات في وجهات النظر حول مفهوم الاعاقة لانه مفهوم ينطوي تحته انماط كثيرة ومتعددة وأسبابه كثيرة جداً، كما أن المهتمين بهم لا يمثلون شريحة واحدة وانما عدة شرائح فضلاً عن ان المجتمعات ليست متطابقة في وجهات نظرهم في أمور كثيرة ومن ضمنها مفهوم الاعاقة لأن ذلك يرتبط بتراثهم الحضاري والثقافي، وما فيها من قيم واعراف وتقاليد. فمن يكون معاقاً في مجتمع

(1) Dunn, L.M., (1973) Exceptional Children in Speical Education in Transition- NewYork: Holt, Rinchart and Winston.

(2) Townsend, P. (1979) Poverity in United Kingdom. Hamonds Werth: Penguin p.2.

قد لا يكون كذلك في مجتمع اخر، وما كان مقبولاً في الماضي قد لا يكون مقبولا في الوقت الحاضر.

فمثلا قطع الاصبعين الاوسطين لا يشكل تأثيراً كبيراً في المجتمعات البدائية التي لم تعرف الكتابة بالقدر الذي يكون في وقتنا الحاضر لأداء مهمات أساسية وضرورية كالكتابة والخط والرسم وعزف البيانو وغيرها.

التربية الخاصة Special Education

يختلف المفهوم الانكليزي عن المفهوم الأمريكي في من يقدم لهم الرعاية والعناية الخاصة التي تنسجم مع قدراتهم واستعداداتهم وميولهم واهتماماتهم. فالانكليز يستخدمون مصطلح التربية الخاصة والذي يقصد به على وجه التحديد الأطفال المعاقون أياً كانت هذه الاعاقة جسمية أو عقلية أو اجتماعية أو انفعالية.

بينما يستخدم الامريكيون مصطلح الطفل غير العادي Exceptional Child والذي يضم كل الأطفال الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن العوام ليشمل المعاقين على اختلاف انواعهم والمتفوقين كذلك.

وارى ان الرعاية الخاصة لا تكون مقتصرة على المتفوقين والمعاقين فقط وانما قد تشمل احياناً حتى الأطفال الاعتياديين، إذ قد يكون الأمر بعيداً أن يسير الفرد عبر مراحله المختلفة بأرض سهلة، ولا يتعرض لصعوبات أياً كانت هذه الصعوبات وأياً كان مصدرها، وحينئذ يحتاج إلى رعاية وعناية ولكنها لا تتسم بالنفس الطويل كحال الأطفال المتفوقين والمعاقين، أي تكون عناية ورعاية لبعض الوقت.

أما دلالة التربية الخاصة فهي تختلف وفق وجهات النظر المختلفة فهناك من يؤكد على جانب دون آخر، وآخر يكون اكثر شمولاً. وهناك من يحدد التربية الخاصة بالمعاقين فقط الذي يتماشى مع المفهوم الانكليزي، وآخر يشمل كل من ينحرف انحرافاً ملحوظاً عن الاعتياديين وبهذا يشمل المتفوقين والمعاقين.

فعلى سبيل المثال يرى بيرج وجونسون Birch and Johnson [1] التربية الخاصة، هي الخدمات التربوية المقدمة للأطفال المعاقين من قبل اشخاص مؤهلين والتي تختلف عن برامج الاعتياديين أو تلك التي تضاف اليها. وهذا التعريف يؤكد تماماً على فئة واحدة وهي المعاقين. في حين لا يظهر ذلك واضحاً تماماً في تعريف لانس Lance [2] الذي يرى ان التربية الخاصة قد صممت لتقديم المعالجات المختلفة للافراد الذين يتميزون بقدرات مختلفة وبشكل واضح من اجل الاستفادة من الانشطة التربوية التقليدية.

بينما يرى عبد الغفار [3] التربية الخاصة بأنها مجموع الخدمات المنظمة الهادفة التي تقدم الى الطفل غير الاعتيادي أو الشاذ (وهو ما يشذ عن الاعتياديين فيتفوق عليهم أو يقصر دونهم) وذلك لتوفير ظروف مناسبة له كي ينمو نمو سليماً يؤدي الى تحقيق الذات.

ويرى هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [4] ان التربية الخاصة هو التعلم المصمم بشكل خاص ليلبي الحاجات غير العادية للمتعلمين غير الاعتياديين من خلال المواد الخاصة، تقنيات التدريس الخاصة والمعدات والتسهيلات المطلوبة. فمثلا الأطفال ذوي الاعاقات البصرية يحتاجون الى قراءة المطبوع بشكل كبير او طريقة برايل، والمعاقون سمعياً يحتاجون الى معينات سمعية او تعلم لغة اشارة. كما تتطلب التربية الخاصة خدمات منها النقل الخاص،

(1) Birch, J. W. and Johnson, B. W. (eds) (1975) Designing Schools and Schooling For Handicapped. NewYork: Charles C. Thomas, p. 55.

(2) Lance, W. (1976) Exceptional child education at the Bicentennial in Edger. E. and Hayden, A. H. (1984) Who are the children special education should serve and how many children are there? Journal of Special Education. Vol. U. pp 521-539.

(3) عبد الغفار، عبد السلام، ويوسف الشيخ (1985) سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة. القاهرة: دار النهضة العربية، ص 5

(4) Hallahan, D. P. and Kauffman, J. M (2003) Exceptional Learners, Introduction to Special Education. U.S.A : Allyn and Bacon.

التقييم السيكولوجي، والعلاج الوظيفي، والطبيعي، والنطقي، والعلاج الطبي، والارشاد.

فالتربية الخاصة هنا هي الخدمات المقدمة لكلا من المعاقين والمتفوقين والتي تستهدف استغلال قدرات واستعدادات وامكانيات كل منهم الى أقصاها.

ان التربية الخاصة تحمل في طياتها مراعاة الفروق الفردية، لذلك فان الاتجاه العالمي في تعليم المعاقين وخاصة المعاقين ذهنيا هو ان يتراوح عددهم داخل الصف ما بين (6-12) طفلاً لكي يفسح المجال امام معلمي التربية الخاصة لاستيعابهم استيعاباً كاملاً وتطبيق فنيات التعليم الفردي او التعليم المصغر أو فنيات تعديل السلوك لاستغلال وتنقية الاجواء من الشوائب التي تعوق انطلاقة قدراتهم، وكذلك استخدام التعليم العلاجي.

ومن هنا يمكن القول، انه لا يمكن ان يحدد مسبقاً سقفاً معيناً للبرامج للوصول اليها، لأن الاطفال المعاقين ليسوا على درجة واحدة من القدرات والامكانيات والاستعدادات. وانما يجب أن ننطلق من الطفل المعاق ونبني برنامجا نستطيع تحقيقه. وهذا هو السبيل الصحي ليس فقط للاطفال المعاقين، وانما حتى على القائمين على تعليمهم لكي نبعدهم عن الشطط الذي قد يؤدي بهم الى التذمر واليأس. لذلك فان التربية العامة تختلف عن التربية الخاصة في كون الاولى تستخدم التدريس الجمعي، والوسائل التعليمية العامة وذلك لان مدى الفروق الفردية بين المتعلمين اقل بكثير من الفروق الفردية عند فئات التربية الخاصة لذلك يعتمد التعليم الفردي والوسائل التعليمية الخاصة.

المصطلحات المستخدمة في التربية الخاصة

إن اشهر المصطلحات التي استخدمت في ميدان التربية الخاصة (Impairment) والتي تعني الخلل (الاصابة) الضعف، الاعتدلال، الاعاقة (disability) العجز، او الاعاقة (Handicap) الاعاقة.

وقد استخدمت احياناً المصطلحات الثلاث لتدل على الاعاقة ففي الكتب توجد (Visual Impairment) الاعاقة البصرية، (Hearing Impairment) الاعاقة السمعية، كما يوجد (Mental disability) الاعاقة العقلية أو (Learning disability) الاعاقة التعلمية . أما (Handicap) فتعني الاعاقة.

يظهر ان هناك اختلافاً بين المصطلحات إذ استخدم مصطلح (Impairment) بأكثر من معنى والذي يدل على الضعف او الخلل او الاعتدلال والذي يتعرض له الفرد قبل الولادة او بعد الولادة فمثلا يمكن أن تأخذ الام خلال فترة الحمل المضادات الحيوية وخاصة تلك التي تنتهي بالمايسين (Mycin) التي قد تحدث تلفاً في المناطق المسؤولة عن السمع، أو قد يتعرض الفرد للاصابة في السمع نتيجة وقوع او دهس او ما شاكل ذلك.

اما مصطلح (disability) فقد ترجمت لتعني العجز او الاعاقة وهي اكثر تحديداً من المصطلح الأول والذي يدل على التأثير الذي يتركه الخلل او الضعف والاعتدلال (Impairment) في الاداء الوظيفي سواء كان فسيولوجيا أو سيكولوجياً.

أما مصطلح (Handicap) فلم يستخدم الا بدلالة واحدة وهو الاعاقة وهو ما يفرزه العجز من تأثير على الفرد حين ينحرف الفرد انحرافاً ملحوظاً عن اقرانه في أداء وظائفه المادية والنفسية.

وقد يحدث احيانا ان العجز لا يؤدي الى الاعاقة فمثلا لو أصيب فرد بعجز بسيط او متوسط في القدرة السمعية لكن احدهما يعمل معلماً والآخر موظفاً في دائرة، فقد يشكل ذلك اعاقة بالنسبة للمعلم وقد لا يكون كذلك للموظف. ولنفرض ان فردين بترا سبابتهما وكان احدهما يعمل موسيقى والثاني سائق فيشكل ذلك للاول اعاقة لتأدية مهنته بينما لا يكون الحال كذلك بالنسبة للثاني.

ولمنع الخلل او الضعف او الاعتدلال (Impairment) لابد من توعية المرأة التي تنوي عمل طفل من خلال الفحص الطبي، والتغذية الجيدة قبل واثناء فترة

الحمل والارشاد الجنيني، وتغذية الطفل والحفاظ عليه من الاصابة، ومعرفة كل الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلل.

واذا ما حدث الخلل أو العلة فلابد من اتخاذ الاجراءات الكفيلة بعدم تفاقمها واتساعها من خلال الكشف المبكر لكي لا تؤدي الى عجز من خلال البرامج الغذائية والصحية والتعليمية والتدريبية.

اما اذا حدث العجز يتطلب التدخل للحد من تأثيراته السلبية في الفرد من خلال التعاون الوثيق بين المؤسسات ذات العلاقة والأسر لتلقي مختلف الخدمات التي تحد من تأثير العجز كالخدمات الارشادية والتربوية والتعليمية والعلاجية (كالعلاج الطبيعي والنطقي والوظيفي)

واخيراً لابد من الإشارة إلى ان المصطلح الاكثر قبولاً هو ذوو الاحتياجات الخاصة أو يمكن القول ذوو الاحتياجات الاضافية لما يحمل في طياته مراعاة للجوانب الانسانية والنفسية، ويغطي هذا المصطلح الاعاقة العقلية، الاعاقة السمعية، الاعاقة البصرية، الاعاقة الجسمية والصحية، صعوبات التعلم، اضطراب اللغة والكلام، لاضطرابات الانفعالية والموهبة والتفوق.

ما دور مؤسسات التربية الخاصة

تسعى مؤسسات التربية الخاصة بشكل أساسي الى تلبية حاجات المتعلمين من ذوي الاحتياجات الخاصة أوالاضافية والنهوض بهم لتقريبهم من اقرانهم الاعتياديين قدر الامكان، او لتقليل الفجوة بينهم، أو على اقل تقدير الحد من تفاقم الاعاقة لان الاعاقة لا يمكن ان تبقى على حالها اذا تركت بلا تدخل علمي وموضوعي.

وتقوم هذه المؤسسات على:

- مراعاة الفروق الفردية بينهم لان مدى الفروق بين الافراد ذوي الاحتياجات الخاصة اعلى بكثير مما لو قورنوا بالافراد الاعتياديين يتم ذلك من خلال عمليات التشخيص والقياس والتقييم لكل فئة من فئات التربية الخاصة عن طريق ادوات

متعددة كالاختبارات بأنواعها، والملاحظة، والمقابلة، ودراسة الحالة، وسلالم التقدير وغيرها.

- وتقوم المؤسسات بناء على ما تقدم من توفير الوسائل والمعدات والتكنولوجيا المناسبة لتلبي حاجاتهم فمثلا استخدمت مع المعاقين بصريا أدوات ومعدات كثيرة منها نظام برايل، الكتب الناطقة، التسجيلات الأوبتاكون، أدوات التكبير والآن يمكن ان يستخدم الكفيف جهاز الحاسوب مع جهاز آخر "السكنر" عن طريق برنامج "ابصار" حيث يضع الكفيف الورقة في جهاز "السكنر" ليحول الكلام المكتوب الى مسموع.

- تكييف البيئة التعليمية بما يتناسب مع فئات التربية الخاصة

- اختيار معلم التربية الخاصة على أساس الرغبة الحقيقية الصادقة للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة إضافة الى الخصائص المعرفية والمهنية والشخصية.

- وضع برامج تعليمية مناسبة تراعى فيها الفروق الفردية حيث تعتمد في كثير من فئات التربية الخاصة على الخطة التربوية الفردية التي تعتمد على مكونات أساسية هي مستوى الاداء الحالي للفرد والتي تتعلق بالجوانب المتعددة العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية وأهداف بعيدة المدى وقصيرة المدى، والخدمات الكفيلة بتحقيق هذه الاهداف، واختيار الوضع التعليمي او التدريبي المناسب، والمتخصصون الذين يقومون بتحقيق أهداف الخطة التربوية الفردية، وعملية التقييم لمعرفة مدى التقدم الذي تحقق.

- ان الخطة التربوية الفردية يجب ان تلبي حاجات المتعلمين من خلال العملية التقييمية الدقيقة لكي نسير بخطئ صحيحة نحو تحقيق الأهداف يقوم بها فريق من المتخصصين اضافة الى ولي الأمر أو من يقوم مقامه، وتكون مكتوبة وموقعه من الجميع بما فيهم ولي الأمر، ويجب ان توضع الأهداف بعيدة المدى وقصيرة المدى بشكل واضح، وان تكون قابلة للملاحظة والقياس، وان تنطلق هذه الأهداف في صياغتها من مستوى المتعلم.

- تسعى التربية الخاصة الى ان تكون النظرة الى ذوي الاحتياجات الخاصة تتسم بالشمولية وليست قاصرة على جوانب القصور، والتركيز على جوانب القوة لتغيير نظرة الفرد الى نفسه والاسرة والمجتمع.

- تطوير الجوانب المشرقة فيه واستغلالها الى أقصاها كحالة من التعويض أولاً، ولما تفرزه من ايجابيات والتي يمكن ان تقلل من الجوانب السلبية.

- تسعى التربية الخاصة الى جعل الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة متفهماً لنفسه بشكل حقيقي ليتغلب على آثار القصور او الاعاقة، وتنمية الشعور بالرضا، وغرز التفاؤل بالحياة.

- توفير الجو النفسي الآمن الدافئ الملئ بالقبول والتقدير والحب .

- توفير البيئة الغنية المليئة بالمثيرات التي تستنهض كوامن وقدرات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

- تسعى مؤسسات التربية الخاصة الى مد الجسور بينها وبين الاسر لكي يفهموا أبناءهم بشكل حقيقي، وكيفية التعامل معهم عن طريق النصح والارشاد والتوجيه الذي يقدمه المتخصصون في هذه المؤسسات.

- تسعى مؤسسات التربية الخاصة الى إبعاد ذوي الاحتياجات الخاصة عن الفشل والاحباط من خلال الانطلاقة من قدراتهم إضافة الى استخدام فنيات وأساليب تربوية كالحث والتلاشي والتشكيل والنمذجة والتغذية الراجعة والتعزيز بأنواعه.

- تسعى مؤسسات التربية الخاصة الى اطفاء او تقليل المشاكل السلوكية الناتجة عن اعاقتهم او الظروف البيئية التي عاشوها عن طريق المتخصصين وباستخدام برامج تعديل السلوك بشكل أساسي.

أما الاستراتيجيات والعوامل التي تسهم في نجاح برامج التربية الخاصة فهي كما يشير الى ذلك القريوتي وآخرون. [1]

1- شمولية الخدمات: أي أن تقدم الخدمات لجميع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال المراكز والمؤسسات التعليمية والتدريبية والتأهيلية والمجتمع المحلي.

2- الخلو من المعيقات سواءً كانت هذه العوائق طبيعية أو معمارية أو اتجاهات سلبية.

3- اللامركزية: وهو عدم اختصار التربية الخاصة وبرامجها على الأقسام والادارات المركزية وانما يجب أن تكون مرنة من خلال إعطاء الصلاحيات لاتخاذ القرارات، وتنفيذ البرامج في مختلف المناطق.

4- الادماج: وهو بمعناه الشامل مجموعة من الإجراءات والممارسات التي تزيد من فرص الفرص للمشاركة القصوى في الحياة الثقافية والاجتماعية والادماج التعليمي يعد جزء من عملية الادماج الشاملة وهي الإجراءات المتخذة لتوفير خدمات التربية الخاصة من خلال المؤسسات التربوية العادية.

5- التنسيق: ويقوم على ضرورة اشراك الوالدين في مختلف البرامج المقدمة لذوي الحاجات الخاصة.

6- المهنية: تتطلب برامج التربية الخاصة توفير معلمين على درجة عالية من التأهيل والاعداد.

7- الواقعية: تسعى استراتيجية التربية الخاصة الى تطوير برامج تأخذ بالاعتبار المستوى الاجتماعي والثقافي والتقني والاقتصادي والسياسي.

(1) القريوتـي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995) المدخل إلى التربية الخاصة. الامارات: دار القلم، ص 42-46 .

ما هي البدائل الخدمية المقدمة في التربية الخاصة

ان الفروق في مجال التربية الخاصة شاسعة جداً تبدأ من الطفيف الذي قد لا يكون ملاحظاً وخاصة في المجتمعات الزراعية او البلدان الاقل تحضراً إلى الشديد جداً (العميقة) التي تكون سهلة الملاحظة حتى بالنسبة للفرد العادي.

لذلك تتحدد الخدمات التربوية المقدمة للافراد الذين يحتاجون الى رعاية خاصة تبعاً لنوع الخلل وشدته والخدمات المتوفرة في البيئة اذ ان البدائل المتوفرة في الوطن العربي قد ينتابها القصور، او يمكن القول انها لا ترقى ان تكون بمستوى الطموح بالرغم من ان هناك فارقاً بين دولة وأخرى فاذا ما قارنا الاردن بدول أخرى لوجدنا ان الاردن يتميز في هذا الجانب عن كثير من البلدان العربية.

لذلك فان مستويات الخدمات المقدمة تختلف بأختلاف درجة الضعف حيث تبدأ من المدرسة العادية الى الاقامة الدائمة والتي تشتمل على انواع الدمج والفصل لذلك ستنطلق من الدمج الكامل الى الاقامة الدائمة وعلى الوجه الآتي:

- الصف العادي في المدرسة العادية حيث يمكن ان يلبي المعلم العادي بعض الحاجات والصعوبات التي يتعرض لها المتعلمون دون الحاجة الى وجود معلم تربية خاصة، وبشكل خاص لأولئك المتعلمين الذين لم يشخصوا بشكل رسمي على انهم ضمن فئات التربية الخاصة. علماً ان التربية الخاصة ليست حكراً على فئات التربية الخاصة لان المتعلمين الاعتياديين قد يحتاجون الى رعاية خاصة في بعض الاحيان لكنهم يختلفون عن رعاية افراد فئات التربية الخاصة في انهم يحتاجونها لبعض الوقت بينما تحتاجها فئات التربية الخاصة لفترة طويلة. فيمكن ان يلبي المعلم العادي بعض صعوبات التعلم الطفيفة او اطفال ذوي صعوبات الجسمية دون الحاجة الى معلم تربية خاصة.

- الصف العادي في المدرسة العادية اذ يقوم المعلم العادي بتلبية احتياجات الطفل مع طلب المساعدة او الاستشارة من متخصص تربوي او المرشد النفسي او معلم التربية الخاصة.

وقد لا يكون المتعلم مشخصاً بشكل رسمي على انه ضمن فئات التربية الخاصة لذلك فهو متعلم كبقية المتعلمين في الصف العادي الذي يمثل الدمج الكامل. قد يحتاج المعلم الى بعض المواد والمعدات الخاصة والطرق والأساليب التي تتناسب مع هؤلاء المتعلمين. وقد يكون ذلك مع المتعلمين ذوي صعوبات التعلم الطفيف او ذوي الاضطراب السلوكي او ذوي الاعاقة العقلية الطفيفة.

- الصف العادي في المدرسة العادية مع زيارات منتظمة للمعلم الجوال الذي يتميز بخبرة واسعة وكفايات متميزة، يقوم بتزويد المعلم باستشارات على شكل منتظم على كيفية التعامل مع افراد التربية الخاصة، وتقييم المتعلمين والتواصل معهم لمعرفة التغير الذي يحدث وما يستجد، اذ قد يتطلب الامر تغيير او اضافة او تعديل.

وقد تقدم مثل هذه الخدمات الى الافراد ذوي صعوبات التواصل وذوي الصعوبات البصرية وذوي الاعاقات الجسدية.

- معلم غرفة المصادر حيث يتواجد المتعلم في الصف العادي في المدرسة العادية، ويقوم معلم غرفة المصادر (وهو صف موجود في المدارس العادية) المتخصص في التربية الخاصة بالتعليم الفردي للمتعلمين الذين يعانون من صعوبات وخاصة في الجانب الاكاديمي إذ يلتحق المتعلم جزء من اليوم في غرفة الصف وخاصة اولئك الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم او المعاقين عوقاً بسيطاً او المعاقين سمعياً أو ذوي صعوبات التواصل. وقد يكون هناك جدول كما شاهدنا من خلال الزيارات الميدانية للمدارس التي تتوفر فيها غرفة مصادر إذ قد يكون هناك مثلاً درساً لمرحلة معينة ودرس آخر لمرحلة أخرى وهكذا.

- مراكز التشخيص الوصفي (العلاجي): وهي غرفة تشخيصية مع اعطاء وصفة تعليمية اعتماداً على نتائج التشخيص حيث يوضع هذا المتعلم لفترة من الزمن لغرض تقييمها بشكل شمولي شريطة ان تتوفر في هذه المراكز متطلبات عملية التشخيص والتقييم، ويمكن ان ينفذ الخطة التي وضعت من خلال عملية التشخيص المعلم العادي او معلم التربية الخاصة.

- التعليم في البيت او المستشفى: يزود الافراد الذين يعانون صعوبات جسدية او لديهم فحص طبي للتعليم اما في البيت أو المدرسة بتعليم خاص يقوم به معلم التربية الخاصة لفترة زمنية محددة الى ان يصبح الفرد قادراً على الرجوع الى الصف العادي أو الصف الخاص.

- الصف الخاص في المدرسة العادية وهو صف يقوم بتدريسه معلم تربية خاصة لعدد من المتعلمين لا يتجاوزون اثنا عشر فرداً وهذا هو ما معمول به في العراق حيث تقوم معلمة / معلم التربية الخاصة بتعليم هؤلاء المتعلمين الدروس الاكاديمية الاساسية وهي القراءة والكتابة والحساب، أما بقية المواد كالرياضة والفن والاجتماعيات فيندمج مع اقرانه الذين يماثلونه فاذا كان الصف الخاص يمثل مرحلة الصف الثاني الابتدائي فيذهب مع أقرانه في الصف نفسه. وقد وجدت من خلال زياراتي الميدانية لمعظم المدارس التي تتوفر فيها صفوف خاصة في المدارس العادية في العراق سلبيات كثيرة في هذا الجانب لا مجال للخوض فيها.

- المدرسة النهاية الخاصة: وهي المدارس الخاصة التي تلبي ذوي الاعاقات الشديدة الذين لا يكن دمجهم مثل الاعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً، يجري تعليمهم وتدريبهم في مجموعات صغيرة من قبل معلمين متخصصين في التربية الخاصة، وغالباً ما تتوفر في هذه المدارس الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية والخدمات المساندة كالعلاج الطبيعي والعلاج النطقي والعلاج الوظيفي.

والأدوات الضرورية التي يحتاجها هؤلاء الافراد إضافة الى وسائط النقل لنقلهم من البيت الى المركز والعكس.

المدرسة الداخلية: وهي المدرسة التي تأوي المعاقين وخاصة ذوي الاعاقات الشديدة جداً، وتقوم المدرسة ذاتها بتعليم وتدريب وتأهيل هؤلاء المعاقين مع توفير مستلزمات العيش والمنام. وقد تفضل هذه الاماكن اذا كان الاطفال يعيشون في وضع بائس في البيت، او اذا كان الوضع الاقتصادي للفرد متدنٍ جداً او عندما يتعرض الفرد لاساءات متنوعة، او عندما لا تكون البدائل الاخرى قريبة من هؤلاء الافراد فتضطر الاسر الى وضعهم في مدارس داخلية.

موقف ودور الاسرة من الطفل المعاق

تختلف النظرة إلى الطفل المعاق باختلاف حالة الاعاقة ودرجتها ونوعها ودرجة وعي الاسرة وحجمها إضافة الى الجوانب الاجتماعية والاقتصادية، ولا يمكن بأي حال من الاحوال ان نعمم قولاً بغض النظر عن المتغيرات السابقة. فالاعاقة الجسمية البسيطة ليست كالاعاقة الشديدة، والكفيف ليس كحال الضعيف البصر، والاعاقة العقلية البسيطة ليست كالاعاقة العقلية الشديدة. كما ان معدل النمو والتطور يختلف باختلاف الاعاقة ودرجتها حتى في حال تقديم الرعاية والعناية الخاصة.

والاعاقة اياً كان نوعها لها تأثير سلبي في الفرد نفسه وأسرته ولكن بدرجات متفاوتة حسب نوع الاعاقة ودرجتها. وتختلف الاسر في موقفها تبعاً لذلك. وينسحب على ذلك نوع التعامل الذي تبديه مع الطفل الذي يجسد موقفها منه.

فمثلاً قد تلجأ كثير من الأسر الى اخفاء حالة الاعاقة العقلية اكثر من بقية الاعاقات الأخرى. وقد تتجاوز بعض الأسر غير الواعية الحد الى حجز الطفل بحيث لا يستطيع الاحتكاك مع الآخرين وأخذ دوره الانساني في الحياة.

وقد وصل الامر ببعض الاسر في السابق الى عدم عرض ابنائهم على الأطباء والاختصاصيين في مجال الاعاقة وخاصة البنات كي لا يظهرون إعاقتهن.

وقد وصل الامر ببعض الاسر في السابق الى عدم عرض ابنائهم على الأطباء والاختصاصيين في مجال الاعاقة وخاصة البنات كي لا يظهرون إعاقتهن.

كما يختلف موقف الآباء من ابنائهم المعاقين بقدر درجة وعيهم. فالواعي منهم يدرك تماما ان الطفل المعاق لا حول ولا قوة له، وانما هو نتيجة في الغالب لخطأ الوالدين ويكون غير مقصود. بينما لا يدرك آخرون ذلك وخاصة الذين لا يمتلكون وعياً كافياً، وانما يرجعون ذلك الى اسباب اخرى، كالقدر والقسمة. لذلك سيتأثر موقف الأسرة من أبنائها كثيراً بهذه الحالة. فأولياء الأمور الذي يدركون ان حالة الاعاقة هي خطأهم سيبذلون بالتأكيد كل ما يستطيعون بذله من اجل تقريب ابنهم من اقرانه الاعتياديين من خلال المتابعة المستمرة وعرضه على المختصين والتواصل المستمر مع آخر الصيحات العلمية في مجال اعاقته. بينما تترك الاسر غير الواعية ابنائها على حالهم دون رعاية وعناية ومتابعة علمية حقيقية للنهوض بهم.

وقد تتأثر الرعاية والعناية المقدمة للطفل المعاق بحجم الأسرة. فالاسر الذين لا يملكون الا الطفل المعاق او مع واحد آخر فقط سيكرسون بالتأكيد جهودهم الكبيرة من أجل طفلهم المعاق. وهذا يختلف بشكل كبير عن الاسر ذوي العدد الكبير من الأطفال، لان متطلبات هؤلاء الأطفال لا يفسح المجال امام الاسر لتقديم ما يفترض تقديمه قياساً بالاسر السابقة. وقد يرتبط احياناً بالناحية الاقتصادية اذ قد تسخر بعض الأسر ابنائها للمشاركة الفعالة في دخل الاسرة. وقد لا يستطيع الطفل المعاق أخذ دوره كأخوته الآخرين، الأمر الذي يجعل النظرة اليه احيانا على انه عالة على الاسرة، يأكل ويشرب ويلبس دون ان يقدم شيئاً لها.

ان نظرة الاسرة نحو الطفل المعاق تؤثر الى حد كبير في اسلوب تعاملها فهناك اسلوب يتسم بالتفرقة بين الطفل العادي والمعاق حيث يفضل الاول على الثاني الأمر الذي يجعل حالة الاعاقة تتفاقم سوءً ودرجة.

وهناك أسلوب أشد وقعاً من الأسلوب الأول عندما يتبع اسلوب النبذ والكره سواء كان صريحاً او مستتراً إذ يؤدي الى تفاقم المشكلة بشكل شديد، كما تسبب في ذات الوقت تعدد حالات الاعاقة.

وقد يتبع بعض الآباء أسلوب الحماية المفرطة نتيجة لشعورهما بالذنب اتجاه ابنهما المعاق. وهذا هو الآخر له تأثير سلبي في بلورة وتشكيل شخصيته إذ قد يغرس في النفس الاعتمادية وعدم الثقة بالنفس والخوف والتردد.

إن استغلال قدرات واستعدادات الطفل المعاق يعتمد بشكل أساسي على كيفية تعامل الآباء معه وخاصة في السنوات الأولى. ويتطلب ذلك قبل كل شيء قبولاً لحالة عوقه، وان يدركوا إن الاعاقة ليست شراً بذاتها وانما يتأتى الشر من سوء تعامل الآخرين معها من خلال الافق الضيق المحدود.

ان الآباء مطالبون بأن ينظروا الى الطفل المعاق بشكل كلي ولا يركزون على حالة الاعاقة ذاتها، إذ قد يمتلك من الاستعدادات والقدرات ما لا تقل عن الطفل العادي، ويمكن استغلالها إلى اقصى درجة ممكنة الامر الذي يرجع بمردود ايجابي على الذات الكلية فضلاً عن حالة الاعاقة ذاتها.

وعلى الآباء الذين يدركون تماماً ان حالة الاعاقة هي في أغلب الاحيان نتيجة لخطئهم ان يتصرفوا بشكل علمي موضوعي للنهوض بأبنهم، والاستفادة من مراكز الارشاد والتوجيه ومراكز المعاقين للتعرف على الأساليب العلمية في تربية وتدريب اطفالهم المعاقين قبل دخولهم المدرسة. كما يشتركان مع المؤسسة التعليمية حال دخولهم لها ليتكامل البناء الحقيقي للاطفال، لانه قد يحدث احياناً أن المؤسسة التعليمية تبني والبيت يهدم، لذلك يعد مد الجسور بين البيت والمؤسسات التعليمية مهمة ليست فقط في مجال المعاقين وانما لجميع الاطفال الاعتياديين والمتفوقين. لكنها اكثر اهمية بالنسبة للأطفال المعاقين لأنهم بأشد الحاجة إلى الرعاية والعناية.

وهناك دعوات من قبل مراكز المعاقين لأولياء أمور الاطفال المعاقين للتدريب على الفنيات والخطط وكيفية تنفيذها معهم ليكونوا احياناً البديل عن معلم التربية الخاصة.

وبالرغم من اننا كتربويين نؤكد مراراً وتكراراً ان تكون المعلمة الام الثانية والمعلم الاب الثاني للطفل إلا انه وبشكل واقعي لا يمكن ان يكونا بنفس الدرجة من الحب والحنان والحماس لآبائهم الحقيقيين.

لذلك اصبح تدريب آباء المعاقين متطلب أساسي تكاملي للرعاية والعناية التي يجب ان تقدم للأطفال المعاقين.

وقد اشار هيوارد وداردج Heward and Dardig [(1)] إلى مبررات تدريب والدي الطفل المعاق بما يلي:

1- إن الوالدين بحاجة الى نظام تعليمي مخطط له يساعدهما على تغيير انماط التعامل مع طفلهما المعاق، وهما أيضاً بحاجة الى ممارسة لغة جديدة ومهارات جديدة للتفاعل مع الآخرين ذوي العلاقة.

2- ان الوالدين بحاجة الى التحدث للآخرين عن محاولاتهما الناجحة وغير الناجحة لضبط سلوك الطفل في البيت. وقد يؤدي ذلك الى مناقشة ونقد الاجراءات غير الفعالة، وتطوير الإجراءات المناسبة والفعالة بدلا منها.

3- ان الوالدين بحاجة الى التعرف على المحاولات الناجحة التي يقوم بها الآباء والامهات الذين لديهم معاقون، ولذلك يلجأ القائمون على برامج التدريب الى اعطاء دور للآباء والامهات الذين نجحوا في تحقيق الأهداف المتوخاة.

4- ان الوالدين بحاجة الى ان يطرحا الاسئلة ويحصلا الاجوبة المناسبة من المهنيين والآباء الآخرين.

(1) الخطيب، جمال محمد (1993) تعديل سلوك الاطفال المعوقين. الاردن: اشراق للنشر والتوزيع، ص 275.

5- ان الوالدين بحاجة الى ان يتعرفا على المتخصصين الذين يقدمون الخدمات لطفلهما المعاق، وهما بحاجة الى التعرف على الآباء والامهات الذين لديهم اطفال يعانون من الاعاقة ذاتها وباستطاعة برامج التدريب توفير الظروف المناسبة لتحقيق ذلك.

ويمكن ان يكون التدريب فردياً او بشكل جماعي من خلال اقامة دورات لأولياء الامور على أساليب التربية، وكيفية استخدام فنيات تعديل السلوك لتحسين السلوك الشائك، وزيادة فرص التعلم بما يتناسب وقدرات المتعلمين باستخدام فنيات كثيرة كالتشكيل والتسلسل والنمذجة والحث والتلاشي وغيرها والتي تزيد من فرص الاستجابات الناجحة.

إن لأولياء الأمور مسؤولية كبيرة إتجاه ابنائهم المعاقين. ويفترض أن لا يدخروا جهداً في المتابعة المستمرة والتدريب الواعي، وتعلم كل ما يتعلق بتربية وتدريب ابنائهم ليس فقط من معلم التربية الخاصة، وانما من المؤسسات ذات العلاقة إذ قد يستفيد أولياء الأمور من مراكز عالمية متطورة ومختصة بتعليم وتدريب المعاقين عن طريق مراسلة هذه المراكز العالمية والحصول على احدث الاساليب التربوية والعلاجية والمقترحات العلمية في كيفية التعامل مع الطفل المعاق.

واخيراً لابد من الإشارة الى ان العلاج والتحسن كلما كان مبكراً وسريعاً كلما كان له الاثر الايجابي في الطفل نفسه واسرته، لأن الاعاقة المزمنة التي لا رجاء لها للمعالجة قد تبعث احياناً الى التذمر واليأس والقنوط للوالدين. وهذا قد يؤدي سلباً في اسلوب تعامل الاسرة معه.

ولتوضيح ذلك، لو مرض الشيخ الكبير فانه يدارى بشكل كاف في أوائل مرضه ولكن اذا استمر المرض، فإن صبر القائمين عليه سوف ينفذ وقد يؤول ذلك الى التذمر.

لذلك يمكن القول، انه كلما كبر الطفل المعاق بلا تحسن او تقليل من حالة الاعاقة سيؤدي ذلك على مستوى الطفل الى الشعور بالاختلاف عن اقرانه الاعتياديين، وقد يدفعه الحال الى الانزواء والانكفاء والشعور بأنه غير مرغوب فيه. وقد ينتاب الاسرة أيضاً شعوراً من الاحباط.

لذلك نوصي بضرورة التشخيص المبكر لانه كلما كان مبكراً كلما كانت فرص النجاح أوفر حظاً أو على اقل تقدير إيقاف حالة الاعاقة على حالها دون تفاقم لانها قد تؤثر في جوانب أخرى. فاذا كانت الاعاقة في الجانب العقلي فانها ستؤثر في الجوانب الأخرى بدرجات متفاوتة. ولا يمكن أن ننظر الى الطفل على انه اجزاء مستقلة بشكل مطلق بل هو كل، واي خلل في جانب لا يقتصر عليه وانما يؤثر في جوانب اخرى.

الخدمات المقدمة للمعاقين

ان الاعاقة ليست درجة واحدة وإنما هي درجات مختلفة تبدأ من البسيطة إلى الاعاقة الشديدة، كما انها ليست نمطاً واحداً وانما هي انماط كثيرة ومتنوعة، أما اسبابها فكثيرة جداً ولا يمكن ان نصل إلى قرارها فضلا عن ان المهتمين بالمعاقين ليست فئة واحدة، وانما فئات متعددة كالأطباء وعلماء النفس والتربويين وعلماء الاجتماع وغيرهم، ولا تقتصر الخدمات المقدمة للمعاقين على شريحة واحدة أو مؤسسة واحدة وانما تشترك كثير من المؤسسات جميعاً لتقديم الخدمات للمعاقين ومنها المؤسسات التعليمية والمؤسسات الاجتماعية والمؤسسات الصحية والمؤسسات الاعلامية وغيرها، ولكنها تختلف فيما بينها بنوع الخدمات التي تقدمها وفق نوع الاعاقة. فالخدمات التربوية المقدمة للمعاقين سمعياً قد تختلف عن تلك الخدمات المقدمة للمعاقين عقلياً.

اما اذا تحدثنا عن الخدمات المقدمة في المراكز أو معاهد المعاقين فتشمل:

الخدمات الاجتماعية

ويقوم بتقديم هذه الخدمات قسم البحث الاجتماعي الذي يتحمل مسؤولية الاشراف والتوجيه ومتابعة المعاقين داخل المؤسسة وخارجها، فيكتب التقارير التي تساعد كثيراً في كيفية متابعتهم متابعة علمية.

يكون الاخصائي الاجتماعي مسؤولاً عن عدد المعاقين لا يتجاوز في اكثر الاحيان عن ثلاثين معاقاً، إذ يمد المعلمين بمعلومات على غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع هؤلاء المعاقين لما يمتلك من خلفية حولهم من خلال الملاحظة الدقيقة المستمرة ومن خلال لقاء اسرهم سواء في بيوت المعاقين أو عند استدعاء اولياء امورهم الى المركز. فالاخصائي الاجتماعي يسعى جاهداً لمد الجسور بين البيت والمركز للوقوف على قدرات المعاق واستعداداته واستثمارها استثماراً سليماً الأمر الذي يعزز ثقته بنفسه ونظرته إلى ذاته ويحقق بعض القبول الاجتماعي.

الخدمات التربوية

ان الخدمات التربوية المقدمة للمعاقين تختلف باختلاف نوع الاعاقة لكنها تلتقي جميعاً بضرورة مراعاة الفروق الفردية من خلال استخدام الأساليب التعليمية المتنوعة والوسائل المناسبة، والتنوع في تعيين الواجبات بحسب الامكانيات والقدرات، والتنوع في الخبرات لكي تتناسب مع عمرهم الزمني والعقلي.

فعند تعليم المعاقين سمعياً يجري التركيز على قراءة الشفاة والوضوح في النطق والتكبير الصوتي (باستخدام المعينات السمعية) والاشارة ووسائل الايضاح بشكل مكثف والكتابة.

وعند تعليم المعاقين عقلياً عوقاً بسيطاً يركز المعلم على التعليم الفردي لمراعاة الفروق الفردية بينهم اضافة إلى استخدام فنيات الحث والتعزيز والتشكيل والتسلسل والنمذجة.

ومن أجل تعليم فاعل لابد من اختيار معلم كفء بمواصفات تتلاءم مع حالة الاعاقة لكي يمتلك حساً واستشعاراً بحالة الاعاقة، وهذا ما يدفعه للقيام بواجبه على أكمل وجه ويكون متابعاً لكل ما من شأنه ان يدعم عمله ويفيد المعاقين.

يتم توزيع المعاقين حسب اعمارهم ودرجة عوقهم ويركز في تعليمهم على القراءات والكتابة والحساب ليؤدوا دورهم في حياتهم الاجتماعية، ويجرى متابعتهم بشكل مستمر من قبل إدارة المركز والمشرفين والاخصائيين الاجتماعيين والمعلمين.

الخدمات النفسية

ابتداءاً يعد التشخيص النفسي أمراً في غاية الأهمية لكي يوجه الفرد توجيهاً صحيحاً وفق قدراته الحقيقية. فيستخدم الاخصائي النفسي اختبارات الذكاء للوقوف على قدرات المعاق العقلية والاختبارات الشخصية للتعرف على ميوله وهواياته وماهيته بشكل كامل من اجل بداية صحيحة بعيدة عن العشوائية والتجريب.

ان الفهم الحقيقي للطفل المعاق من خلال عملية التشخيص يساعد على التوجيه والتخطيط ويمكن من خلال توفير برنامج تعليمي ينسجم مع القدرات العقلية له.

وبما أن الطفل المعاق معرض أكثر من غيره إلى الاحباط والفشل والانكسار النفسي نتيجة للأساليب غير التربوية التي يتبعها أولياء الأمور معهم والتي تغرز فيهم الخوف والقلق والتردد.

لذلك يسعى الاخصائي النفسي ابعاده عن أي حالة من حالات الخوف والتردد، ومساعدته على فهم نفسه وقبول اعاقته، بشكل سليم دون التركيز على حالة الاعاقة.

الخدمات الثقافية

يقوم المركز بتوعيتهم على القضايا القومية والوطنية والقيام بانشطة وفعاليات بهذا الخصوص وعمل نشرات جدارية واصطحابهم الى مواقع تراثية

وفنية واقتصادية ، وتوعيتهم على كيفية البيع والشراء وطبيعة التعامل مع الآخرين، واستغلال مواهبهم في شتى الميادين كالادب والفن بأنواعها.

الخدمات الترفيهية

يقوم المركز بأنشطة ترفيهية مختلفة تخلق فيهم حس من العائدية للمركز، كما تخلق الجو الصحي الايجابي للعطاء الأوفر حظاً إذ تقوم بالحفلات الفنية في بعض المناسبات الوطنية، والسفرات إلى المناطق الأثرية والسياحية والتاريخية والجولات الترفيهية في الحدائق والمتنزهات وحدائق الحيوانات. كما يقوم المركز بحمل المعاقين إلى بعض المسارح ودور السينما لمشاهدة المسرحيات والافلام التي تتناسب معهم.

الخدمات الرياضية

تعتبر البرامج الرياضية من الوسائل الهامة في تربية المعاق وتنشئته وتدريب حواسه وتنمية قدراته واستغلال ميوله واستعداداته بشكل سليم. وهذا ما ينعكس بشكل ايجابي على وضعه النفسي والاجتماعي. ويقوم المركز بتوفير المستلزمات الضرورية للألعاب المختلفة حيث يجري تدريبهم على مختلف الالعاب كما تقام المسابقات الدورية والسنوية مع المدارس الأخرى القريبة.

ان الانشطة الرياضية وما يتخللها من لعب ومرح ومتعة تبعث على الراحة والصفاء، وتبعد الملل والسأم فهي بمثابة فرصة للتجديد والعطاء.

الخدمات الطبية

يفترض ان توفر مراكز المعاقين ورشة طبية تقوم على تقديم الخدمات الطبية للمعاقين، ومتابعتهم باستمرار، ووضع التقارير الخاصة لكل منهم، والتنسيق مع المراكز الطبية القريبة لهذا الغرض، وقد يحول المعاق احياناً إلى اطباء اختصاصيين، وتقوم الممرضة باصطحابه الى المستشفيات المختصة وان لم تتوفر الممرضة، يتكفل بذلك الاخصائي الاجتماعي. وقد تجرى لهم فحوصات طبية

دورية كل ستة أشهر من قبل مركز تشخيص العوق والذي يتوفر فيه اطباء لمختلف الاختصاصات وهم:

1- طبيب اختصاصي للأمراض النفسية والعصبية.

2- طبيب اختصاصي للانف والاذن والحنجرة.

3- طبيب اختصاصي بالعيون.

4- طبيب اختصاصي بالعلاج الطبيعي.

اما اهم مهمة لمركز تشخيص العوق هو تشخيص طبيعة الاعاقة، واعطاء العلاج، وتحديد الوحدة التي يرسل اليها. وتكون مسؤوليتها كما هو معمول به في العراق الاشراف الفني الكامل على مراكز الرعاية الاجتماعية للمعاقين، ووضع الخطط والبرامج الفنية لها والتنسيق مع الجهات المختلفة ذات العلاقة لضمان تحقيق الرعاية الاجتماعية للمعاقين.

الخدمات التأهيلية

ان هدف التأهيل تنمية واستغلال امكانيات وقدرات المعاق وتشمل الخدمات التأهيلية ما يلي:

1- خدمات التأهيل الطبي والرعاية الطبية:

وتشمل كل ما يقدم للمعاق من جراحة واشعة وعمليات وأدوية وورش للأطراف الصناعية، وكذلك العلاج، الطبيعي ويتضمن اجهزة مختلفة للعلاج الحركي. وكذلك العلاج الكهربائي مثل اجهزة التسخين والتدليك لعلاج حالات الروماتيزم، وبعض الأمراض الجلدية والعظام والاعصاب ويشمل ايضا العلاج المائي عن طريق استخدام احواض مائية ساخنة وباردة وبأشراف مختصين، ويستفيد من هذا العلاج بشكل كبير جداً الاطفال المصابون بشلل الأطفال. كذلك طب الاذن والانف والحنجرة والطب النفسي والطب الجسدي والتأهيلي.

2- التأهيل الاكاديمي

وهي الخدمات التعليمية والتربوية التي تقدمها المؤسسات التعليمية لغرض تنميتهم وتقليل الفجوة بينهم وبين الافراد الاعتياديين والتي تكون مناسبة لهم وفق قدراتهم العقلية والجسمية.

يتم ذلك من خلال البدائل الخدمية التي سبق ان اشرنا إليها، كما تتطلب خدمات التربية الخاصة معلمين مختارين بمواصفات تتلائم مع احتياجات الافراد ذوي الاحتياجات الخاصة وطرق وأساليب ووسائل ومعدات خاصة وتكيف في البيئة التعليمية.

3- خدمات الرعاية الاجتماعية والنفسية:

تتركز هذه الخدمات على تذليل أو اطفاء المشاكل والصعاب التي تحول دون اداء المعاق بشكل سليم والتي تبعث على عدم الراحة والالم احياناً سواء للمعاق نفسه أو لعائلته.

فالاخصائي النفسي يسعى إلى تحقيق الاستقرار النفسي للمعاق من خلال القيام بدراسة الحالة من جميع جوانبها الجسمية والعقلية وحالات سوء التكيف الانفعالي والاجتماعي، وذلك من خلال اعادة الثقة بالنفس والتفاعل الاجتماعي والابتعاد عن السلوكات غير الطبيعية. أما أهم الخدمات النفسية للمعاقين فهي خدمات الارشاد النفسي التي تتضمن الارشاد الفردي والجماعي، والارشاد عن طريق اللعب او الفن، والارشاد الجيني، وخدمات تعديل السلوك والارشاد والتوجيه فضلاً عن العلاج النفسي، ويشترك الاخصائي الاجتماعي هو الآخر مع زميله الاخصائي النفسي بما يمتلكان من خبرات وأساليب فنية في كيفية تذليل الصعوبات التي يعاني منها المعاق.

ويهدف الاخصائي الاجتماعي الى مساعدة الافراد المعاقين ليتكيفوا المجتمع الذي يعيشون فيه وتنمية شعورهم بالانتماء والفاعلية.

4- خدمات التأهيل المهني

ان الاهتمام بالمعاقين يعد حالة وعي وتحضر وتجسيد لانسانية الانسان. لذلك يركز كل المهتمين في مجال المعاقين على كيفية اثبات آدمية الانسان وتذليل كل الصعوبات التي تحول دون شعوره كغيره من أقرانه الاعتياديين، وتحويله من حالة الاعتمادية على الغير إلى الاعتماد على الذات. وما يفرزه ذلك من شعور بالرضا فضلاً عما يعكسه ذلك من تعامل ورؤية افضل من قبل الآخرين، ومساعدته على تطوير قابليته وقدراته العقلية والجسمية والحصول على شغل مناسب له.

ويجرى توجيه الفرد المعاق لاختيار المهنة التي تتناسب مع قدراته ورغباته.

تشتمل خدمات التأهيل التقييم والارشاد والتوجيه المهني والتهيئة المهنية والتشغيل والمتابعة.

أهم المبادئ التي تُعتمد في عملية التأهيل هي:

1- دراسة ابعاد الشخصية للفرد المعاق من الناحية العقلية والانفعالية والجسمية والاجتماعية وما يتعلق بها من خصائص.

2- يجري توجيهه حسب قدراته وامكانياته وليس حسب الاعاقة أو العجز.

3- يراعي في عملية التأهيل فرص العمل المتوفرة مع البيئة التي يعيش فيها الفرد المعاق ونوعيتها. لذلك لا يفترض ان تنقل التجارب من بلد إلى آخر بشكل حرفي، وانما لكل بلد خصوصيته سواء بين البلدان أو في البلد الواحد. فقد يكون التأهيل المهني في المناطق الريفية يختلف عن تلك التي تكون في المناطق الصناعية.

4- انها عملية فردية يفترض أن تبدأ حال اكتشاف الاعاقة.

5- تتسم عملية التأهيل بالشمولية اذ تتضمن الخدمات التربوية والطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية في كل المراحل التي يمر بها الفرد المعاق سواء تعلق في القياس والتشخيص والعلاج والتهيئة والتدريب والتشغيل.

أما مراحل عملية التأهيل فهي:

1- التقييم المهني

وهي العملية التي يجري فيها تقييم قدرات الفرد الجسمية والعقلية بشكل اساسي قبل بدأ التدريب والتي تتسم بالشمولية من خلال الفحص الطبي والاختبارات النفسية والتربوية وإختبارات الميول والاتجاهات ودراسة الحالة. أما وسائل التقييم المهني فيشير الزعمط [1] الى ثلاث وسائل يمكن ان تستخدم في عملية التقييم المهني وهي:

1. الموقف كوسائل: وتقسم إلى
   أ- التقييم اثناء العمل
   ب- عينات العمل
   جـ- القياس النفسي
2. الموارد كوسائل: وتقسم هذه الموارد
   أ- المعلومات المهنية
   ب- معلومات عن المعاق
   جـ- تحليل العمل
   د- مواد سمعية بصرية
3. الوسائل التطبيقية وتتضمن المقابلة، الملاحظة، واعداد التقارير .

2- التوجيه والارشاد المهني Vocational Guidance and Counseling

ويهدف اخصائي التوجيه المهني مساعدة الفرد المعاق على استغلال قدراته إلى أقصاها في وظيفة ما، وتزويده بفرص التدريب، وفرص العمل المتاحة، وتوجيهه لاختيار المهنة التي تناسبه، ويشترك الاخصائي مع الفرد المعاق للاختيار

---

(1) الزعمط، يوسف (2000) التأهيل المهني للمعاقين، ط2 . عمان : دار الفكر.

الصحيح، لأن ذلك يرتبط بمستقبله ومدى رضاه عن العمل، وكذلك في ناتج العمل، ولكن في كل الأحوال لا يفترض ان يجبر الفرد المعاق على مهنة معينة.

3- التدريب المهني Vocational Training

تتحدد عملية التدريب وانواعها في ضوء قدراته وخبراته والعمل على استثمارها في تحديد مستقبله المهني، ويجري تدريب المعاق على بعض المهن التي تتناسب وقدراته تدريباً فنياً مناسباً لكي توفر له فرص الاختيار للمهنة التي يرغبها ويتقنها، ويجد له مكاناً في سوق العمل الخارجي او داخل مؤسسات التأهيل.

4- التشغيل Employment

وهو الهدف المنشود الذي نرمى الوصول إليه من خلال المراحل السابقة، وهو اختيار المهنة التي يرغبها والتي تتوفر في سوق العمل. وقد تتابع المؤسسات ومراكز التأهيل المعاقين بعد عملية التشغيل للوقوف على ما حققه المعاق من الناحية المهنية والنفسية والاجتماعية من خلال معرفة توافقه المهني وطبيعة العمل وقدرته سواء كانت جسمية أو عقلية وهل انسجم مع العمل؟ أو يحتاج الى تغيير. وقد يحقق عن طريق التشغيل دوراً فاعلاً في المجتمع ينعكس بشكل ايجابي على تكيفه الاجتماعي والنفسي، وعلى مفهوم الذات بشكل عام من خلال رؤية الآخرين له ورؤيته لنفسه كذلك.

مؤسسات ومراكز التأهيل

1- المستشفيات:

تعد المستشفيات احدى المؤسسات التي تتعامل مع المعاقين، وتقدم لهم الخدمات المختلفة، وقد شاهد الكاتب خلال دراسته في بريطانيا إحدى المستشفيات الخاصة بالمعاقين والتي تقدم خدمات خاصة. أما الخدمات التي تقدمها المستشفيات فهي الخدمات الطبية والجراحة، والطب النفسي، والعلاج الطبيعي، والتمريض وخدمات النقاهة، والاطراف الصناعية، والتدريب على بعض المهارات الحركية،

وتسهم المستشفيات بشكل كبير في تخفيف الآثار النفسية والعقلية والاجتماعية للمعاق.

2- مدارس التربية الخاصة:

لقد ازداد الاهتمام بعد منتصف القرن العشرين بالمعاقين ازدياداً ملحوظاً في مختلف انحاء العالم، حيث فتحت المدارس الخاصة بهم، والصفوف الخاصة وخاصة في البلدان المتقدمة لأنها كانت سباقة في هذا الميدان، ولعبت منظمة الأمم المتحدة دوراً فعالاً في هذا المجال من خلال مؤسساتها، اليونسكو واليونسيف ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية، وخاصة في السنوات الاخيرة، فكان لصداها الأثر الكبير في الاهتمام بالمعاقين. فأنشأت مدارس خاصة تحددها نوع ودرجة الاعاقة حيث كانت هناك مدارس للمكفوفين ومراكز خاصة للاعاقات البسيطة كبطء التعلم لعدد محدود يتراوح ما بين (6-12) فرداً. وللمدارس الخاصة والصفوف الخاصة أهمية كبيرة اضافة الى ما تقدمه من خدمات تربوية وتعليمية مناسبة لقدراتهم فهي تبعدهم عن حالات الاحباط والفشل التي يتعرضون لها وما لهذه الاحباطات من ابعاد سلبية على تشكيل شخصياتهم. تتناسب هذه المدارس مع صغار السن بشكل كبير جداً.

3- مراكز التأهيل المهني:

ولها دور كبير في تقديم أشكال متعددة من التدريب المهني للمعاقين، حيث يختار كل منهم ما يتناسب وقدراته العقلية والجسمية والاجتماعية، وأحياناً تكون الاقامة داخل هذه المراكز بشكل كامل.

أما أهم الخدمات التي يجب ان تتوفر في مراكز التأهيل لكي تحقق اهدافها المنشودة فهي [1]

(1) كينت، هاملتون (1962) أسس التأهيل المهني، ترجمة سيد موسى. القاهرة: مؤسسة فرانكين للطباعة والنشر.

1- توفير المراكز التعليمية اللازمة وخاصة لذوى العاهات مثل الصم والبكم وذلك لمعرفة قدرات المعاق واستغلالها في توجيهه مهنياً.

2- توفير الخدمات الطبية وخاصة العلاجية والطبيعية، فالعلاج المهني والطبيعي متكاملان، ولا يتم تحقيقهما إلا عن طريق التدريب على الاجهزة التعويضية والصناعية وفقاً لحالات الاعاقة.

3- توفير اخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي وموجه مهني.

4- توفير مراكز وأقسام مختلفة للتدريب المهني.

5- العمل على إنشاء الورش المحمية حيث تسهم هذه الورش في اعداد ذوي العاهات الخاصة لفترات مؤقتة من الوقت ثم يدمجون في مراكز أو أماكن العمل.

6- اقامة علاقات محلية مع المعاقين في المنازل فمعظم هذه المراكز تستهدف من وجودها العمل على تنمية المجتمع المحلي، ورعاية الفئات الاجتماعية غير القادرة. يتم ذلك عن طريق التنسيق بين الدوائر الحكومية والاهل، والعمل على تقديم المساعدة للمعاقين الذين تفرض عليهم الظروف ان يكون سجناء منازلهم.

2

الفصل الثاني
المعاقون عقلياً

- نظرة استهلالية لمدى الاهتمام بالمعاقين عقلياً قديماً وحديثاً
- تعريف الاعاقة العقلية
- تصنيف المعاقين عقلياً
- أسباب الإعاقة العقلية
- تشخيص الإعاقة العقلية
- خصائص المعاقين عقلياً
- الدمج والفصل
- مستويات الدمج
- الأساليب العلاجية للمعاقين عقلياً
- مم يتكون منهاج المعاقين عقلياً
- تعليم الأطفال المعاقين عقلياً

المعاقون عقلياً

نظرة استهلالية لمدى الاهتمام بالمعاقين عقلياً قديماً وحديثاً

تعد الاعاقة العقلية مشكلة قديمة جداً قدم وجود الإنسان ما زال هناك تفاوت بيولوجياً وبيئياً. وقد اختلفت النظرة إليها عبر الزمان والمكان.

ترتبط هذه المشكلة ارتباطاً كبيراً بدرجة الوعي والتحضر لأي مجتمع من المجتمعات لأن الاهتمام بها يعبر عن وعي الإنسان بانسانيته، لذلك يعد الاهتمام بالمعاقين عقلياً بشكل خاص والمعاقين بشكل عام احدى النقاط التي يمكن من خلالها قياس تحضر أي دولة من دول العالم. وبما أن درجة الوعي المرتبط بالتحضر لم يكن على درجة واحدة عبر التاريخ إذ هي في زيادة مستمرة، لذلك لم يكن هناك اهتمام بالمعاقين عقلياً عبر العهود القديمة. فكانت النظرة إليهم ظالمة غير واعية لأخطاء غالباً، ما يكون الأباء هم المسؤولون عنها، فلم تكن النظرة إليهم نظرة طبيعية اسوةً بأقرانهم الاعتياديين فمثلا كانوا يعدونهم من أبناء الشياطين، وإنهم عالة على المجتمع، ويجب التخلص منهم بأي شكل من الأشكال لما تحمله أجسادهم من روح شريرة. لذلك فقد تعرضوا إلى اشكال متعددة من العقاب كالقتل والخنق والرمي في البحر، وترك في المناطق الخالية، وقد أشار قانون حمورابي الذي يمثل قرون قديمة قبل الميلاد إلى أن لرئيس القبيلة الحق من التخلص من الضعفاء وأولهم المعاقين عقلياً.

لقد ركز اليونان والرومان مثلاً على الأقوياء من الرجال سواء من الناحية الجسمية والعقلية لأنهم اقدر الناس على أخذ زمام المبادرة للنهوض بأي مرفق من مرافق الحياة، بينما الضعفاء وأولهم المعاقون عقلياً هم عالة على المجتمع، ويجب التخلص منهم لأن وجودهم هو ضعف وبقاءهم يعد تجسيداً لذلك الضعف، بينما العناية والرعاية للقوي عقلياً وجسمياً يعد تقدماً ونهوضاً وتحسن للجنس البشري.

ويـــرى أفلاطـــون في اثينا أن تقتصر العناية والرعاية بأصحاب الاجسام القوية والعقول السليمة إذ أن الحياة للاقوياء ولا وجود للضعفاء.

فكانت هذه هي النظرة السائدة عبر العهود السابقة، وفي اسبرطة كانت تشكل لجنة مـــن الاعيان وشيوخ المدينة للنظر في حالة المعاقين المولودين، وكانت تقرر في أحقية البقاء أو الخلاص منهم عند الولادة.

وفـــي العصـــور الوســـطى كانت النظرة لضعاف العقل بأنهم من ابناء الشياطين، وكانت احاديث البلهاء والمعتوهين غير المفهومة تترجم على أنها لغة يتفاهمون بها مع آبائهم.

أما العرب قبل الإسلام فكانوا يعتقدون بالجن ويخافونه وهم موجودون في المـــناطق الخالية الجرداء. وقد عدوا المعاق عقلياً مجنوناً والمجنون صرعته جنية والمجـــنونة صرعها جنى، حيث كان الناس لا يفرقون بين المرض العقلي والعوق العقلـــي. ولابد لنا ان نقف موقف فخر واعتزاز لديننا الحنيف الذي جسد الانسانية بكل معانيها عند عاتب الله سبحانه وتعالى رسوله الكريم من موقفه من عبد الله بن مكـــتوم لعدم اعطاءه ما ينبغي اعطاؤه فنزلت الآية الكريمة "عبس وتولى ان جاءه الاعمى" والتي عممت فيما بعد إلى كل من يحتاج إلى عناية واهتمام حيث أصبحت منهجاً يتبعه المسلمون حقاً تجسيداً لتعاليم السماء في الأرض، فهذا الوليد بن الملك يبنـــي أول مشـــفى لمعالجـــة المعاقين عقلياً عام (88)هـــ (707)م والذي يعد اول مشفى من نوعه في العالم. وقد بنى المنصور دارا للعجزة والايتام، وأخرى لمعالجة الجنون، وأنشأ هارون الرشيد داراً اسماها بأسمه وكذلك فعل البرامكة، وأنشأ أحمد بـــن طولـــون فـــي مصر داراً عام (259)هـــ، وكذلك صلاح الدين الايوبي عام (578)هـــ (1182)م [1]

(1) جـــلال، سعد (1970) في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. الاسكندرية. مطبعة المصري، ص 33-34.

ولقد كان للأطباء العرب دور كبير في مجال رعاية المعاقين نفسياً وعقلياً واستخدموا وسائل للعلاج من الأمراض المستعصية كما ظهرت في كتاب ابن عمران عن المانخوليا، وابن هيثم عن استخدام الموسيقى وخاصة المصابين بالأمراض النفسية والعقلية. (1)

ونتيجة للتطور الحاصل في مجال العلم والاكتشافات التي حدثت في العالم والتي ساعدت على معرفة كثير من الأمور الجزئية للحقائق التي كانت غير واضحة للعالم مما جعل الانسان يدرك كثير من الاسباب التي تؤدي إلى الاعاقة بشكل عام والاعاقة العقلية بشكل خاص بعدما كانت تنسب إلى الشياطين والجن.

تعد محاولة ايتارد في نهاية القرن الثامن عشر المحاولة النظامية الأولى لدراسة الاعاقة العقلية كما اجمع على ذلك المهتمون، أي بداية مرحلة التربية والتأهيل، وكان ذلك عقب الثورة الفرنسية عندما عثر أحد الصيادين في غابة أفيرون الفرنسية على طفل في العاشرة من عمره يعيش مع الكلاب، ويتصرف مثلهم، فهو يمشي على اربعة، ويأكل اللحم الني، شُخص هذا الطفل على أنه معتوه (أي درجة ذكاؤه أقل من 20)

اطلق عليه اسم فكتور أخذ إيتارد الذي كان يعمل مديراً لمعهد الصم والبكم في باريس، هذا الطفل، وعمل معه خمس سنوات، لكنه لم يفلح في تعليمه القراءة والكتابة، وعندما وصل الطفل الى مرحلة البلوغ تخلى ايتارد عنه بعد أن حقق بعض التقدم في الجانب الاجتماعي.

لم يترك فيكتور تماماً وانما قام سيجوين احد طلاب ايتارد على عمل بعض التجارب والاختبارات غير اللفظية للتفاهم مع هذا الطفل والذي ساعد على تطور البحوث في قياس الضعف العقلي. ولا تزال لوحة سيجوين الشهيرة تستعمل حتى الآن في اختبار الذكاء.

(1) طوقان، طوقان حافظ (1983) العلوم عند العرب، ط2 . بيروت، دار الكتاب، ص 32 .

انشأ سيجوين عام 1837 أول مدرسة لتعليم ضعاف السمع، وكانت الاولى من نوعها في اوروبا. ترك سيجوين فرنسا عام 1848 وذهب الى الولايات المتحدة الامريكـــية ليؤســـس اول ثلاثة معاهد للمعاقين عقلياً والتي شكلت اللبنة الاساسية لمعالجة وتعليم المعاقين عقلياً في امريكا منذ عام (1870) وحتى يومنا هذا [1] اما أهم المبادئ التي اكد عليها سيجوين فهي:

1- ان ينظر الى الطفل بشكل كلي وان يجري تعليمه على هذا الأساس.

2- ان يبنى التعليم وفق قدرات الطفل وفهمه.

3- يجري التأكيد على الاشياء المحسوسة الواقعية ويكون ذلك عن طريق الأنشطة وخاصة الحسية.

وكـــان لماريا مونتسوري اهتمام بالمعاقين عقلياً حيث درست اعمال إيتارد وســـيجوين وبيرير وتوصلت إلى استنتاج إلى ان سبب الاعاقة العقلية تربوي اكثر منه مادي. لذلك تعد ماريا مونتسوري من الأوائل الذين ناشدوا بالتدريب والاعداد الجيد للمعلمين وخاصة في حقل التربية الخاصة.

وفـــي بداية القرن العشرين، قضي بينيه سنوات عديدة في دراسة الأطفال المعاقيـــن عقلـــياً فـــي المدارس والمستشفيات، الأمر الذي جعله يطور الاختبارات لتقدير مستويات الذكاء عند الأطفال.

ويعتقد بينيه ان هناك ثلاث طرق للحكم على ضعف الجانب العقلي وهي[2]

1- الطبي (المؤشرات المادية)

2- التربوي (الجانب الاكاديمي)

3- الجانب النفسي من خلال الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية.

---

(1) Tizard, J. and O connor, N. (1956). The Social Problem of Mental Deficency. London: Pergaman Press.

(2) Levinson A. (1967) The Mentally Retarded Child. London: George Allen and unwin Ltd.

وقد شهد منتصف القرن العشرين اهتماماً ملحوظاً بالمعاقين عقلياً فأسست الجمعية القومية للمعاقين عقلياً من أولياء امور الطلبة، وهذا يدل على درجة الوعي الـــذي اصبح عليه أولياء الأمور والتي تختلف اختلافاً جوهرياً عن النظرة القديمة للاعاقة العقلية.

وادرك الآبـــاء تماماً أن هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً لا حول لهم ولا قوة وهم نتيجة لأسباب يتحمل اوزارها بشكل أساسي الآباء.

يشـــير الريحانـــي [1] فـــي هذا الصدد الى ان العلامة المضيئة في تاريخ الاهـــتمام بهـــذه الشريحة كان في عهد الرئيس الامريكي جون كنيدي وذلك عندما طلـــب المختصين من علماء النفس والتربويين والأطباء والاخصائيين الاجتماعيين دراسة هذه المشكلة ووضع تصورات لها للحد منها او معالجتها.

وكانـــت امريكـــيا واوروبا لها قصب السباق في ميدان الاهتمام بالمعاقين عقلـــياً حيـــث تذكر ادبيات الموضوع إلى ان المانيا كانت سباقة في فتح الفصول الخاصـــة للمعاقين عقلياً في المدارس العادية وفي مدينة دريسدين (Dresden) عام 1867 والـــذي يمثل شكلاً من أشكال الدمج حيث كان الطفل يتلقى بعض البرامج الخاصة في هذه الصفوف ثم يعاد إلى الصفوف العادية.

أمـــا فـــي الولايـــات المتحدة الأمريكية فقد فتحت أول فصول خاصة في بروفـــيدنس (Providence) بولايـــة روزايلاند عام 1896 بعد محاولة سابقة غير موفقـــة فـــي نهايـــة العقد السابع من القرن التاسع عشر في مدينة كليفلاند بولاية اوهـــايو، ثـــم انشئت فصول خاصة في مدن متعددة في الولايات الامريكية، حيث ازداد عـــدد الأطفـــال المســـجلين في الفصول الخاصة، ففي عام 1922 كان العدد

(1) الريحاني، سليمان (1981) التخلف العقلي. الأردن: المطبعة الأردنية.

23.000 طفــلاً وبلــغ العدد 90.000 في عام 1948 ثم وصل عام 1963 الى 400.000 طفلاً. (1)

امـــا اهـــتمام اســـيا في مجال المعاقين عقلياً فكانت متأخرة قياساً بامريكيا وأوروبـــا حيث بدأ الاهتمام بالمعاقين عقلياً بعد الحرب العالمية الثانية ويستثنى من ذلـــك الـــيابان حيث افتتحت اول مدرسة للمعاقين عقلياً عام 1891 اما بقية البلدان الاسيوية فكانت على الوجه الآتي (2)

الهـــند 1949 ، الفلبيـــن 1950 ، الصين وضمنها تايوان وسريلانكا 1958، تايلند 1962، ماليزا 1962 .

وقـــد اشار ياماكاشي (Yamaguchi) (3) إلى حالة الخدمات المقدمة للمعاقين عقلـــياً فـــي عشر دول اسيوية وهي هونك مونك والهند واليابان وكوريا وماليزيا والفلبين وتايلند والصين وسنغافورة وسريلانكا وانواع تلك الخدمات والجدول التالي يوضح ذلك.

---

(1) MacMillan, D. V (1977) Mental Retardation in School and Society. Boston: Little Brown and Company, P. 25.

(2) Burger, A. L. (1977) Special education services for mentally retarded in Asia. Mental Retardation, Vol 15, no. 1.

(3) Yamaguchi, K (1973) History and present status of mental retardation. Paper Presented at (1973) Asian, conference on mental retardation, Manilla, Philippines in Burger , Services for mentally retarded in Asia. Mental Retardation feb vol, 15, No. p

جدول (1) يبين الخدمات المقدمة للمعاقين عقلياً لبعض دول آسيا وأنواعها

البلد	المعاهد (المؤسسات)			مدارس خاصة	صفوف خاصة
	سكن	رعاية يومية	المجموع		
هونك كونك	1	16	17	4	54
الهند	70	–	70 (أ)	0	0
اليابان	657	152	809	132	16050
كوريا	1	–	1	1 (ب)	33
ماليزيا	1	–	1 (ج)	6 (د)	0
الفلبين	2	1	3	3 (هـ)	143 (و)
الصين وضمنها تايوان	3	1	4 (ز)	0	70 (ح)
سنغافورة	0	6	6	0	0
سريلانكا	9	2	11	0	0
تايلند	1	0	1	1	5

المفتاح

أ : ممولة من قبل الدولة ومن ضمنها ثلاثة بيوت سكنية للمعاقين عوقاً شديداً والاعتماديين بنيت عام 1971.

ب: للمعاقين والصم اسست عام 1963

ج : تحوي (144) من المعاقين عقلياً والمعاقين جسديا

د : عدد الأطفال المسجلين بلغ 280 طفلاً

هـ: للمعاقين عقلياً عوقاً بسيطاً ومتوسطاً وشديداً.

و : يتضمن المعاقين عوقاً بسيطاً وبطيئي التعلم.

ز : ممولة بشكل خاص.

ح : ضمن المدارس العامة الابتدائية والثانوية.

أمـــا فـــي البلدان العربية فكان الاهتمام بالمعاقين عقلياً متأخراً قياسا بدول اوروبا وامريكا. ففي مصر أسس أول ثلاثة صفوف ضمن المدارس العادية التابعة لوزارة التربية للمعاقين عقليا عام 1955، وفي عام 1958 شاركت وزارة الشؤون الاجتماعية بفتح خمسة معاهد للمعاقين عقليا ضمت 400 طفل.

وفـــي الكويـــت فتح أول مركزين للمعاقين عقليا عام 1960 احدهما للبنين والآخـــر للبنات. وفي عام 1965 افتتحت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية معهداً للمعاقين عقلياً لحالات الاعاقة الشديدة.

وفي لبنان افتتح معهدان عام 1960 للمعاقين عقلياً احدهما اطلق عليه معهد الأمل والثاني معهد القديس لوكو، ويقبل المعهدان الاطفال من اعمار 6–17 سنة.

أمـــا أول معهد للمعاقين عقليا أسس في سوريا فكان عام 1960 في دمشق والثاني عام 1962 في حلب وفي عام 1974 افتتح معهد للتربية الخاصة للمعاقين عقليا. (1)

أمـــا فـــي الأردن فكـــان أول معهد لرعاية المعاقين عقليا أسس في عمان 1968 وفـــي عـــام 1977 افتتح معهدان لتعليم ورعاية المعاقين عقلياً في الزرقاء والثاني في اربد. (2)

اما في العراق فكان أول معهد للصم والمعاقين عقلياً هو معهد الامل الذي افتـــتح عـــام 1955 وفي عام 1970 افتتح معهد آخر اطلق عليه معهد الرجاء (3) ويهـــتم بالأطفـــال المعاقيـــن وزارتان هما وزارة التربية ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية، الاولى مسؤولة عن حالات الاعاقة البسيطة وبطيىء التعلم، بينما الثانية تهتم بحالات الاعاقة العقلية الشديدة.

---

(1) مرسي، أحمد (1970) التخلف العقلي وتأثير الرعاية والتدريب. القاهرة. دار النهضة، ص15.

(2) الريحاني، سليمان، مصدر سابق

(3) Fadhil, A.S. (1985) Further education provision for physically handicapped young people between the ages of 16-17 in Iraq and Britain. Unpublished M-Ed Dissertation. University of Wales.

تعريف الاعاقة العقلية

لــيس ســهلاً ان نجــد تعريفاً واحداً للاعاقة العقلية يكون مقبولاً لمختلف المهتمين في الحقل، وذلك لأسباب متعددة منها.

1- ان الاعاقــة العقلية في أغلب الاحيان ليست شيئا نستطيع ان نمسكه أو نراه او نحدده، وانما تستدل عليه.

2- ان الاعاقة العقلية درجات متعددة وانماط مختلفة.

3- ان اســباب الاعاقــة العقلية كثيرة جدا حيث توصل المختصون الى ذكر 200 سبب وما زالت هناك اسباب كثيرة غير معروفة.

4- ان مشكلة الاعاقة العقلية ليست خاصة تهتم بها فئة دون غيرها، وانما هي محل اهتمام عالم النفس ورجل التربية ورجل الاجتماع والاطباء والمختص بالوراثة واولياء الأمور. لذلك يتأثر تعريف هذه المشكلة باختصاص كل منهم.

5- كمــا انها تخضع للزمان والمكان حيث ان بعض حالات الاعاقة البسيطة قد لا تكون ملاحظة في المجتمعات الزراعية، وذلك لطبيعة الحياة فيها، وما تحتاجه من مهن بينما قد تكون تلك الاعاقة ملاحظة في المجتمعات الصناعية.

وبطبــيعة الحــال عندما يعرف عالم النفس الاعاقة العقلية فانه يركز على الجانــب النفسي، بينما يؤكد رجل الاجتماع في تعريفه للاعاقة العقلية على الكفاءة الاجتماعية كما هو الحال في تعريف دول Doll 1945 في حين يؤكد الطبيب في تعــريفه للاعاقة العقلية على الأسباب المودية لها. وعلى أية حالة فهناك تعريفات عديــدة للاعاقــة العقلية نبدأها بالتعريف البريطاني الذي قدم عام 1913 [1] والذي يقــول إنه حالة عدم اكتمال او توقف تطور العقل قبل سن الثامنة عشرة من العمل سواء كان ذلك ناتجا عن أسباب داخلية أو بسبب أمراض او جروح.

---

(1) Mcmaster, J.M. (1973) Toward An Education Theory for Mentally Handicapped. London: Edward Arnold, p. 2.

امــا تريدجولد Tredgold [1] فيرى الاعاقة العقلية "حالة عدم اكتمال النمو العقلي بالدرجة التي تجعل الفرد غير قادر على التكيف مع البيئة كأقرانه الآخرين بحيث يحافظ على بقائه مستقلا عن الاشراف والمراقبة والمساندة الخارجية.

وتعــد اختــبارات الذكاء من أشهر المحكات التي استخدمت في تشخيص الاعاقة العقلية ويجري تعريفه على هذا الأساس. وهناك من عارض بشدة الاعتماد علــى نسب الذكاء في تشخيص الاعاقة العقلية كتريدجولد (Tredgold) والذي أشار اليه ماك ماستر (Mc Master) [2] والذي اكد على الكفاية الاجتماعية، وذكر في هذا الشــأن تعريف ادجار دول Edger Doll الذي يقول فيه ان الاعاقة العقلية هو حالة مــن عدم الكفاية الاجتماعية نتيجة لتوقف مستوى الأداء العقلي لأسباب وراثية أو بيئية. ويستشف من التعريف السابق بان المعاقين عقليا يكونون:

1- اقل من العاديين في الأداء العقلي.

2- نقص في الكفاءة الاجتماعية.

3- يكون العوق وراثياً أو بيئياً في سن مبكرة.

4- سيكون متخلفا عن اقرانه عند بلوغه سن الرشد.

5- وحالته غير قابلة للشفاء.

أما كيرك (Kirk) [3] الذي يتميز بنظرته التربوية فيرى الطفل القابل للتعليم (Educable) وهــو الطفــل غــير القادر من الاستفادة من برامج المدارس العادية كأقــرانه الآخرين نتيجة لبطء نموه العقلي، ولكن يمكن تعليمه القراءة والكتابة في فصــول خاصة. أما الطفل القابل للتدريب (Trainable) فهو الطفل غير القادر على الــتعلم في فصول المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بسبب ذكاؤه المنخفض. ولكن يمكن

(1) Tredgold, A. F. (1937) A Testbook of Mental Deficiency (63d-d) Batt. P 3y.

(2) Mc Master مصدر سابق

(3) Kirk. S. A. (1972) Education of Exceptional Children. Boston: Houghton Mifflin- P.191-2.

تدريـــبه على بعض المهن البسيطة التي لا تحتاج الى قدرات عقلية عالية وخاصة تلك التي تعتمد على الجانب الجسدي.

وعلـــى أيـــة حـــال، فان الاعاقة العقلية ليست على درجة واحدة ايا كانت أســـبابها وراثية أم بيئية، ويرتبط بها ارتباطاً وثيقاً درجة نمو المعاق عقلياً فيكون نمـــوه بقـــدر اعاقته فالذي تكون اعاقته متوسطة يكون ابطأ في نموه من ذلك الذي تكون اعاقته بسيطة.

وللظـــروف التي يعيشها المعاق عقليا دور في ذلك فلو فرضنا ان س، ص كانـــت درجـــة اعاقـــتهما واحدة، ولكن هيئت ل (س) ظروف صحية غنية للنمو والاســـتثمار الافضل، بينما الثاني لم تهيء تماما تلك الظروف، فسيكون نمو الثاني اكثر بطئا من الأول.

ولكي يكون التشخيص اكثر صدقا لابد وأن تتعدد المحكات لانه لا يمكن ان يكـــون هناك توافق كامل بين الأداء العقلي للفرد ونضجه الاجتماعي إذ قد يحصل الفرد على درجة معينة في الذكاء تختلف عن درجته في النضج الاجتماعي.

فليس بالضرورة ان يأخذ المعاق عقليا درجة (50) في الذكاء ويأخذ الدرجة ذاتها في الكفاءة الاجتماعية وهذا الحال يصح حتى مع الاعتياديين والمتفوقين عقلياً.

ويعد تعريف الجمعية الامريكية للاعاقة العقلية اكثر التعريفات انتشارا في دول العـــالم المختلفة والذي تقول فيه "ان الاعاقة العقلية تشير الى انخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة والتي ترافقه نقص في السلوك التكيفي والتي تظهر خلال مرحلة النمو. (1)

يشـــير الـــتعريف الى جانبين الاول الوظيفة العقلية العامة والثاني مهارات السلوك التكيفي. تظهر في الأول نسب الذكاء ولها مستويات اربعة هي:

(1) Gardner, W. I. (1977) Learning and Behaviour Characteristics of Exceptional Children and Youth. A Humanistic Approach. NewYork: Allyn and Bacon, P. 41.

جدول (2) يبين مستويات الذكاء على اختباري بينيه ووكسلر

المستويات	درجات الذكاء على اختبار بينيه	درجة الاختبار على اختبار وكسلر
البسيط Mild	68-52	69-55
المتوسط Moderate	51-36	54-40
الشديد Severe	35-20	39-25
العميق Profound	19 وأقل	24 وأقل

أمـــا الســـلوك التكيفي فيظهر من خلال 1- النضج 2- التعلم 3- التكيف الاجتماعي.

ويوضح اريكسون Erikson [1] النضج بانه النمو التتابعي لمهارات الطفولة المتعلقة بالجلوس والوقوف والزحف والمشي والتحدث والتفاعل الاجتماعي.

أمـــا نقـــص القـــدرة علـــى التعلم فهي ترتبط بانخفاض مستوى التعلم عن الاعتيادي وحدودية القدرة على الاستفادة من التجارب لاكتساب المعارف. في حين ان الـــنقص فـــي التكـــيف الاجتماعـــي يـــتعلق بعدم القدرة على تكيف سلوكه مع المســـتلزمات المطلوبـــة للتماشى مع الاقران والآباء وبقية الراشدين، وعدم تكوين علاقات اجتماعية صحيحة وسليمة مع غيره ممن يعيشون معه.

ولابـــد من الاشارة الى التعريف المعدل للجمعية الأمريكية للاعاقة العقلية الذي صدر عام 1993 [2] والذي يعد اكثر توضيحا من التعريف السابق فهو يشير إلى أن الاعاقة العقلية "هو أداء ذهني وظيفي دون المتوسط مرافقا ذلك قصور في اثنيـــن او اكـــثر فـــي مجالات المهارات التكيفية، الاتصال، الرعاية الاجتماعية،

(1) Erickson, M. J. (1965) The Mentally Retarded Child in Classroom, London: The Macmillan Co.

(2) Hunt, N. and Marshall, K. (1994) Exceptional Children and Youth: An Introduction to Special Education. Boston: Houghton Mifflin, p. 130.

المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الاكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ، والعمل.

تصنيف المعاقين عقلياً

لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقلياً يتفق عليه المختصون في هذا المجال لان الاعاقة، كما قلنا سابقا ليست درجة واحدة او نمط واحد كما أن اسبابها كثيرة جدا، فضلا عن ان المهتمين بهذه المشكلة من شرائح مختلفة، وقد يعتمد التصنيف بشكل عام على واحدة من شدة الاعاقة Severity ، أو السبب Cause ، أو الشكل (الهيئة) Form ، أو مجموعة اعراض Clusters of symptoms . ولكن قد يساعد التصنيف التخطيط والبرمجة المعتمدة على الفهم الأوفر. اما اشهر التصنيفات فهي:

أ- **تصنيف القياس النفسي:** يعتمد هذا التصنيف على اختبارات الذكاء وتحدد كل فئة من فئات الاعاقة العقلية بناء على ما يحصل عليه من درجة.

ويعد تصنيف الجمعية الأمريكية للاعاقة العقلية [1] اشهر التصانيف المعتمدة على مستوى الذكاء والذي لا يرتبط بالمعايير التي تعتمد على الجانب الاجتماعي او الطبي، ويصنف المعاقين عقليا الى خمسة مستويات هي:

1- الاعاقة العقلية الهامشية (Aborderline) وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 70-84 على مقياس وكسلر، وبين 68-83 على اختبار بينية. وتمثل هذه الفئة النسبة الأعلى من حالات الاعاقة العقلية.

2- الاعاقة العقلية البسيطة (Mild) وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 55-69 على مقياس وكسلر وبين 52-67 على اختبار ستانفورد- بينية، ويكونون اقل عددا من الفئة الأولى، وهم يستطيعون اكتساب المهارات الاكاديمية والاجتماعية والمهنية الى حد مقبول اذا ما توفرت العناية والرعاية والاهتمام.

---

(1) Gunsberg, H.C. (1968) Social Competence and Mental Handicap. An Introduction to Social Education. London: Baillir Tiredall.

3- الاعاقـــة العقلية المتوسطة (Moderate) ونسب ذكائهن تتراوح ما بين 40-54 على اختبار وكسلر وبين 36-51 على اختبار ستانفورد- بينيه.

4- الاعاقـــة العقلية الشديدة (Severe) ونسب ذكائهن تتراوح ما بين 25-39 على اختبار وكسلر وبين 29-35 على اختبار ستانفورد بينيه.

5- الاعاقـــة العقلية العميقة (Profound) وتكون نسب ذكائهن من 25 على اختبار وكسلر واقل من 20 على اختبار ستانفورد بينيه.

وهناك من يرى أن المعاقين عقلياً هم من ينحرفون انحرافيين معياريين أو أكثر، أي تبدأ من درجة 70ْ فما فوق .

وقبل الانتقال الى تصنيف آخر لابد من التنويه ان نسب الذكاء قد لا تكون صـــادقة تمامـــا لانها تتأثر بمتغيرات كثيرة تجعل الخطأ فيها واردا يتعلق بتكنيك تطبيق الاختبار والحالة النفسية والصحية للمطبق عليه والظروف الطبيعية من حر وبـــرد، والاختـــبار ذاته، فقد يكون الاختبار الذي بني ليطبق في فرنسا لا يتطابق تماما مع المجتمع الليبي او العراقي أو الاردني.

أما النقطة الثانية فهي اننا لا نستطيع ان نتعرف على الكفاءة الاجتماعية من خـــلال اختبارات الذكاء بالرغم من ان هناك علاقة بينهما، لكن هذه العلاقة ليست قريـــبة الى الحد الذي نحكم من خلال الاول على الثاني. وقد يكون هناك تفاوت او اختلاف بين الكفاءة الاجتماعية للفرد المعاق ودرجة تحصيله على اختبارات الذكاء.

ب- التصـــنيف الـــتربوي: وهو التصنيف الذي وضعوه علماء التربية بشكل عام والتربية الخاصة بشكل خاص. فهم يقسمون المهارات الذهنية المحدودة الى اربعة اصناف تربويا فمثلا كيرك Kirk [(1)] يصنفهم كالآتي:

---

(1) Kirk, S. مصدر سابق

1- بطيئي التعلم (The Slow Learners) وتتراوح نسب ذكائهم ما بين (80-90)، وهــم قريبون جدا من الاعتياديين، ويحتاجون الى رعاية خاصة لتقريبهم من اقرانهم الاعتياديين.

2- الاطفــال المعاقيــن القابليــن للتعلم The Educable Mentally Handicapped children وتــتراوح نسب ذكائهم ما بين (50-55 الى 75-79) وهم قادرون على تعلم المهارات الاكاديمية لكنهم يحتاجون إلى رعاية وعناية واهتمام.

3- الاطفــال المعاقين القابلين للتدريب The Trainable Mentally Handicapped children وتــتراوح نســب ذكائهم ما بين (30-35 إلى 50-55) وهم غير قادرين على تعلم المهارات الاكاديمية كما هو الحال بالنسبة للفئة السابقة ولكن نســتطيع تدريــبهم علــى بعض المهن التي لا تحتاج الى قدرات عقلية عليا وخاصة تلك التي تعتمد على الجانب الجسمي .

4- الاطفال المعاقين المعتمدين بالكامل The Totally Dependent or Profoundly Handicapped Children وتقــل نسبة ذكائهم عن 35 أو 30 وهم غير قادرين علــى تعلــم المهارات الاكاديمية كذلك لا يمكن تدريبهم على بعض المهارات التي يمكن تعليمها الى الفئة السابقة.

جــــ- التصــنيف الاجتماعي: يقسم المعاقون عقليا حسب هذا التصنيف الى اربع فئات هي:

1- المعتوهون (Idiots) وهو اسوء وأشد حالات الاعاقة العقلية اذ هم غير قادرين على الاعتناء بذاتهم، ولا يستطيعون حماية انفسهم من الاخطار الخارجية، وقد لا يســتطيعون الــتفاهم مع غيرهم بالكلام، كما لا يتمكنون من الوصول الى منازلهم اذا ما تركوا وحدهم، ولا يزيد عمرهم العقلي على ثلاث سنوات مهما بلغ عمرهم الزمني حيث تقل نسبة ذكائهم عن 25 .

وعلـــى الاغلـــب تكـــون اعاقتهم وراثية، كما تكثر العيوب الحسية، والعجز الحركـــي والخلـــل الفسيولوجي، فضلا عن التأخر في النمو، ونسبتهم أقل من الفئات الأخرى.

2- الـــبلهاء (Imbeciles) وهم افضل حالا من الفئة الأولى إذ لا يصل عوقهم الى مستواهم. فهم يستطيعون حماية انفسهم من الاخطار الخارجية كأن يبتعدوا عن الـــنار خوفـــا مـــن الحـــرق، وعن الانهار خوفاً من الغرق، ومن السيارات والقطـــارات خوفا من الدهس تتراوح نسبة ذكائهم بين 25%-50% ويتراوح عمرهم العقلي ما بين 3-7 سنوات.

يمكن لهذه الفئة تعلم بعض الاعمال الروتينية التي تعتمد على الناحية الجسمية وقـــد لا تعـــرف الاعاقـــة عـــند البعض لأول وهلة لمظهرهم العادي الا بعد الاحـــتكاك بهـــم، بينما البعض الاخر يمكن تشخيصهم بسهولة وخاصة اولئك الذيـــن تكون إصابتهم في المخ أو عندهم تشوهات جسمية، ان نسبة هذه الفئة أعلى من الفئة الاولى.

3- المارون (أو المأفون) Maron تتميز هذه الفئة بضعف عقلي لكنه لا يصل الى مســـتوى فئة البلهاء حيث يمكن تعليمهم المهارات الاكاديمية كالقراءة والكتابة وخاصـــة اذا كانـــت هناك رعاية وعناية واهتمام خاص بهم من حيث الطرق والاســـاليب والوسائل، كما يمكن تدريبهم على القيام بأعمال مفيدة تمكنهم من كســـب رزقهـــم وخاصـــة اذا ما وجد الاشراف المصحوب بالعطف والصبر والرغبة الحقيقية في مساعدتهم. تتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70)

4- ضـــعاف العقل (feebleminded) وقد اضاف هذه الفئة القانون الانكليزي حيث يقـــول ان هـــذه الفئة عندهم ضعف عقلي مصحوب بنزعات ملتوية أو ميول اجرامية، ويحتاجون من اجل ذلك رعاية وإشراف وضبط لحماية غيرهم منهم. يتصـــفون بالســـلوك غير المرغوب فيه يكون احياناً مستمراً حتى مع التوجيه

والارشاد. كما تتصف هذه الفئة بعدم الانتظام في أي عمل يسند إليهم لذلك فهم اكثر تشرداً وضياعاً وانحرافاً.

د- التصنيف الطبي الاكلينيكي

يعتمد هذا التصنيف على الجانب الطبي وفق الاعراض الجسمية واهم الأنواع التي تمثل هذا التصنيف هي:

أ- المنغولية (Mongolism) أو ما يطلق عليه (Down Syndrome) عرض داون نسبة الى مكتشفها الدكتور داون.

وقد سميت بالمنغولية من صفاتها الجسمية تشبه صفات الجنس المنغولي. تتصف بإنحراف العينين، وسمك الجفون، وصغر حجم الرأس واستدارتها، ونعومة الجلد ورطوبته، وتشقق اللسان وكبره، وانف قصير أفطس، والاذنين قصيرتين أو كبيرتين. اما اليد فعريضة متورمة والارجل مفرطحة القدمين واحياناً يوجد شق واسع بين ابهام القدم والأصبع المجاور له.

تبلغ نسبة هذه الحالات 001% من مجموع السكان، وقد اوضحت الدراسات[1] التي اجريت مثل دراسات بروسو Brousseau وبراينرد Brainerd ودراسات مالزبيرج Malzberg ان نسبة المعتوهين بين هذه الحالات تتراوح ما بين 24% و38% وان نسبة البلهاء بينهم تتراوح ما بين 61% و 72% ، كما ان نسبة المورون بينهم تتراوح ما بين 1% و4% وقد يكون هذا الاختلاف في درجة الاعاقة بالرغم من أن السبب واحد يعود الى المتغيرات المرافقة للمنغولية كالوضع الصحي للام، التغذية، الحالة النفسية وغيرها. تتميز هذه الفئة بأنها متشابهة في جميع أنهاء العالم لان سبب الاعاقة هو زيادة كروموسوم واحد يكون اكثر احتمالاً في الزوج الحادي والعشرين، ومتأت في الأغلب من الام فيكون ثلاثيا بدلا من

(1) الشيخ، يوسف، وعبد السلام عبد الغفار، مصدر سابق، ص 59 .

يكـــون ثنائـــيا. لذلـــك تكـــون في خلية المنغولي (47) كروموسوم بدلا من (46) كروموسوم.

ولا يقتصـــر حدوث الخلل الكروموسومي على الزوج (21) بل قد يحدث احـــيانا فـــي الزوج 18 او 15 او 13 وقد يكون بزيادة y أو x أي قد يولد xyy او xxy او xxx ونوضح من خلال الجدول التالي (1)

جدول (3) يبين الحالات الاكلينيكية للمنغولية ونسبة احتمالية الحدوث

الزوج	الحالة الاكلينيكية	نسبة احتمالية الحدوث
21	عـــرض داون منغولـــي ويـــرافقه اعاقة عقلية بدرجات متفاوتة	1 من كل 700
18	اعاقـــة عقلية شذوذ في جوانب متعددة، قد يؤدي به الى الموت المبكر	1 من كل 4500
15 ، 13	تأثـــير سلبي كبير على اجزاء متعددة من الجسم وخاصة المخ قد يؤدي إلى الموت خلال الأشهر الثلاثة الاولى	1 من كل 14500
xyy 23	ازديـــاد مظهـــر الذكـــورة، طويـــل، خصيب، قد يتسم بالعدوانية	1 من كل 100–250
xxy	ازديـــاد مظهر الانوثة قد يتسم بالاعاقة العقلية وغالبا ما يكون عقيما	1 من كل 400–600
xxx	انوثة فائقة وتتسم بالاعاقة العقلية	1 من كل 670
x	شكل انثوي، نعومة عميقة	1 من كل 3500

أما الأسباب التي تؤدي إلى حدوث المنغولية فهي ليست واضحة تماماً حيث يشـــير جلال (2) الى أن أسباب هذه الحالة اختلال نظام تغذية الجنين اثناء الحمل، والتســـمم واضـــطرابات نشـــاط الغدد، وقد يكون لعمر الام اثر في ذلك فكثير من الحالات كانت لامهات يزيد اعمارهن عن 40 سنة.

---

(1) Neisworth, J. T. and Smith, R.M. (1978) Retardation: Issues Assessment and Intervention. NewYork: Mc Graw Hill.

(2) جلال، سعد (1970) مصدر سابق.

2- القمـــاءة أو القصـــاع (Cretinism) يتصـــفون هؤلاء الأطفال بقصر القامة المفرط،وقد لا يتجاوز الفرد منهم مترا واحدا، اما بقية صفاته الجسمية فهي ضخامة الـــرأس وفطاسة الانف وضخامة الشفتين وترهل الجلد. وقد لا تظهر هذه الصفات في الاشهر الثلاثة الاولى، ولكنه قد يتأخر في الوقوف أو المشي أو النطق.

مـــن العوامل المسببة للقماءة نقص هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية. يتمـــيز هـــؤلاء الأطفال بالخمول والكسل، والحركة البطيئة، والبلادة، ولون الجلد المائل الى الاصفرار مع كثرة التجاعيد والاجفان الغليظة والشفاه كذلك.

ان هـــذه الحـــالات قابلة للتحسن اذا كان التشخيص مبكرا باعطاء خلاصة افـــرازات الغـــدة الدرقـــية وبشـــكل خاص اذا كانت الاسباب مكتسبة، اما اذا كان الضـــعف العقلـــي تكوينيا او ولاديا فلا يفيد العلاج رغم تحسن الاعراض الجسمية نتيجة نشاط الغدة الدرقية.

3- غائـــر الرأس (Microcephalic) اطلق هذا الاسم لانه يتصف بصغر جمجمة الرأس وصغرها، وخاصة بعد الحاجبين وفوق الاذنين، وقد يكون سبب هذه الحالة التـــي تنتمـــي إلى فئة البلهاء والمعتوهين كما أشارت بعض الدراسات[1] إلى حالة الـــرحم أثـــناء الـــولادة، او قـــد يكـــون نتيجة تعرض الام للاشعة او الصدمات الكهربائـــية، او حدوث عدوى او التهابات اثناء فترة الحمل، او وجود جين متنحي يســـبب هذه الحالة، أو إلتحام عظام الجمجمة مبكرا بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً، حيث لا يزن المخ اكثر من نصف كيلوغرام رغم نمو الفرد الجسمي التام احيانا، وقد يكون المخ سليماً وخالياً من العاهات والاصابات مع صغر حجمه، لذلك يكون صغر حجم الجمجمة يكون نتيجة وليس سبباً لصغر حجم المخ، لذلك لا يفـــيد العـــلاج فـــي زيادة حجم المخ. وقد يكون جلد الرأس غليظا ومتجعدا نتيجة للتقلصـــات التـــي تحدث فيه لصغر عظام الجمجمة قياسا بالجلد التي يكسوها، وقد

---

(1) زهران، عبد السلام (1977) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة: عالم الكتب، ص495.

يكـــون بعضـهم عاديا في نموه العضلي وبصحة جيدة بالرغم من ان بعضـهم يكون عرضة الى الموت في سن مبكرة.

4- الاستسقاء الدماغي Hydrocephaly

يتميز هؤلاء الأطفال بكبر حجم الجمجمة حيث تتراوح بين 22 و 28 إنج، وقد تكون حجم الجمجمة طبيعية عند الولادة ثم تنمو بشكل شاذ في الأسابيع الأولى، ويعود ذلك الى تجمع السائل المخشوكي لاسباب مرضية ولادية او مكتسبة ويؤدي إلـــى ازديـــاد وتراكم السائل المكون، وانسداد في القنوات المخية وعدم امتصاص السائل. [1]

ويمكن علاجه بشكل مبكر عن طريق الجراحة لتصريف السائل الى الوريد العنقي.

5- كبر الجمجمة Macrocephaly

يتمـــيز هـــؤلاء الاطفال بكبر محيط الرأس وزيادة حجم الدماغ. ولابد من الإشارة الى ان زيادة حجم الجمجمة لا يعني دائما وجود قصور عقلي. تكون نسبة ذكـــائهم تـــتراوح مـــا بين 25-69 أي يقعون ضمن الاعاقة المتوسطة والاعاقة الشديدة. وقد يكون سببه عيب في المورثات التي تؤثر في نمو المخ.

أسباب الاعاقة العقلية

إن اســـباب الاعاقة العقلية كثيرة جدا منها ما يعود لعوامل وراثية واخرى لعوامل بيئية، وما زالت هناك أسباب غير معروفة للاعاقة العقلية، وقد اشار هيوز Hughes [2] فـــي هـــذا الصدد الى وثيقة تحتوي على (250) سبباً للاعاقة العقلية وهـــي تشكل ربع الاسباب المعروفة، وان ثلاثة ارباع الاسباب غير معروفة. وقد يكون الأمر مبالغا فيه لبعض الشيء، وقد اختلف المختصون في تصنيف الاسباب

---

(1) عبد الغفار والشيخ، مصدر سابق، ص 63 .

(2) Hughes, J. M. (1980) Educational Services for mentally retarded children in Developing Commonwealth Countries with special reference to Srilanka. Unpublished ph.D Thesis. University of Wales.

المؤديـــة الى الاعاقة العقلية، فمثلا اشار كيرك وجونسون Kirk and Johnson [1] الى ان أسباب الاعاقة العقلية يمكن ان تكون تحت سبع فئات هي بالتحديد:

1- اسباب تتعلق بنواة البلازما.

2- أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة.

3- أسباب ترتبط بزراعة الجنين Implantation

4- اسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الاولى Embryo .

5- أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة Fetus .

6- أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة.

7- اسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة.

أما منظمة الصحة العالمية (who) [2] فصنفت الاسباب المؤدية الى الاعاقة العقلية الى خمس فئات هي:

1- عوامل ما قبل الولادة

جينية وهي تتعلق بـــ :

أ- جين واحد .

ب- عوامل متعددة.

جـــ- الكروموسومات.

2- عوامل ما قبل الولادة.

الاصابة بالزهري، الحصبة الالمانية، التسمم، اختلاف فصيلة الدم، اضطرابات عملية الايض، اضطرابات في الغدد عند الام، عوامل جسمية.

3- عوامل اثناء الولادة:

كالاختناق، الولادة الجافة، الولادة المبكرة.

---

(1) Kirk, S. and Johnson. G. O. (1952) Education The Retarded Child. London: George G. Harper and Co. Ltd.

(2) هيوز، مصدر سابق، ص 71.

4- عوامل ما بعد الولادة :

عوامل الحرمان الثقافي، الابوي، النفسي.

5- عوامل غير معروفة

ولابـد من الاشارة إلى ان النظرة حول العوامل الوراثية والعوامل البيئية المؤديـة للاعاقة العقلية قد اختلفت عقب العقود السابقة حيث كانت النظرة في بداية القـرن العشـرين إلـى ان معظم حالات الاعاقة العقلية ترجع لأسباب وراثية ثم تغيرت النظرة عبر السنين وقد اشار الشيخ وعبد الغفار [1] إلى عدد من الدراسات التي توضح نسب الحالات التي ارجع فيها الاعاقة العقلية الى عوامل وراثية.

جدول (4) يوضح نسب الدراسات التي أرجعت أسباب الاعاقة العقلية الى عوامل وراثية

الباحث	النسبة المئوية للاعاقة العقلية التي ترجع لاسباب وراثية	السنة
جودارد	%77	1914
هولنجورث	%90	1920
تريدجولد	%80	1929
لارسون	%76	1931
دول	%30	1934
بروز	%29	1934
كرانز	%45	1960
بانت	%40	1961

وعلى اية حال يمكن تصنيف الأسباب المؤدية الى الاعاقة العقلية الى ثلاث فئات هي:

(1) عبد الغفار والشيخ، مصدر سابق، ص 38 .

أ- **أسباب ما قبل الولادة:**

ويمكن تقسيمها الى عوامل جينية وعوامل غير جينية

العوامل الجينية :

- اضطرابات تتعلق بالكروموسومات اذ ان زيادة كروموسوم او نقصانه يؤدي إلى الاعاقة العقلية فزيادة كروموسوم واحد يسبب حالة المنغولية والتي سميت بعرض داون نسبة الى الدكتور داون الذي اكتشفها وقد وضحت ذلك سابقا، واشرت الى اسبابها وقلت قد يكون هناك ارتباط بين الحالة وعمر الام. وقد اشار ستيفنسون وآخرون Stevenson and others [1] الى احتمالية الاصابة بالمنغولية المرتبط بعمر الأم.

جدول (5) يوضح احتمالية حدوث المنغولية وفق عمر الأم

عمر الام	الاحتمالية
تحت سن 30	1 من 500
30	1 من 450
32	1 من 350
34	1 من 200
36	1 من 130
38	1 من 65
40	1 من 50
42	1 من 35
44 فما فوق	1 من 25

وقد وجدت إختلافاً في هذه النسب بمصادر أخرى .

(1) Stevenson, A and Others (1976) Genetic Counseling. William Heine mann Medical Books. Ltd .

وقد تحدث الاعاقة العقلية عن طريق الجينات الخاملة المتنحية التي يحملها الاب او الام والتي لا تظهر آثارها عليهم وانما تظهر على وليدهم، وقد يكون الخلل في الجينات احد العوامل المسببة للاعاقة العقلية والتي تؤدي الى النمو الشاذ والذي يسبب صغر او كبر حجم الجمجمة. كما ان حالات (RH) قد تسبب الاعاقة العقلية، فقد دلت الدراسات [1] على ان 86% من الادميين يحتوي دمهم على هذا المكون ويرمز لهم بالرمز (+RH) وان 14% منهم لا يحتوي دمهم هذا المكون ويرمز لهم بالرمز (-RH). وقد وجد ان اختلاف دم الام عن دم الجنين يؤدي إلى إن جهاز المناعة في دم الام سيفرز أجسام مضادة لدم الجنين وبالتالي يؤثر في تكوين المخ مما يسبب الاعاقة العقلية. فمثلا اذا كان دم الام (-RH) ودم الاب (+RH) واخذ الجنين دم ابيه فسيكون هناك اضطراب بين دم الام (-RH) ودم الجنين (+RH)، أما اذا كان الدم لدى الام والاب سالبا فلا توجد مشكلة، كذلك الحال اذا كان دمهما موجبا او اخذ الجنين دم امه ايا كان. ولابد من الذكر بان الحمل الاول قد لا يتأثر كثيرا في حالة اختلاف الدم بين الاب والام واخذ الجنين دم ابيه لان الاجسام المضادة قد لا تصل في الغالب الى الحد الذي يكفي للاضرار بالجنين. ولكن سيكون له تأثير كبير في الوليد الثاني إذ يؤدي إلى الاعاقة العقلية وأحياناً الى الموت.

والاضطرابات في عملية الايض هي الاخرى قد تسبب الاعاقة العقلية وتحدث عن طريق طفرات في الجينات التي تؤدي الى اضطراب او اختفاء الانزيمات المتعلقة بهضم البروتينات والكربوهيدرات او الدهون.

ومن العوامل الوراثية التي قد تسبب الاعاقة العقلية زواج الاقارب لذلك نجد ان القانون الروسي يمنع زواج ابناء الاعمام.

---

(1) عبد الغفار والشيخ، مصدر سابق، ص 40 .

العوامل غير الجينية

وهي كثيرة جداً

1- تعرض الام الحامل الى أشعة أكس وخاص في الأشهر الثلاثة الاول او الاشعاعات النووية.

2- تعاطي المضادات الحيوية وخاصة في الأشهر الاولى، ولعل عقار الثاليدومايد (Thalidomide) الذي اخذ لفترات طويلة كمهدأ للاعصاب دون معرفة آثاره الجانبية التي كان لها اثر كبير على الجنين في حدوث تشوهات متعددة.

3- اصابة الام ببعض الامراض المعدية كالزهرى، الحصبة الالمانية أو الاصابة بمرض الصفراء المخية علما أن الحصبة الالمانية قد تؤدي إلى صغر حجم الجمجمة، واستسقاء الدماغ، والشلل المخي، والعمى، وازدياد الصفراء (اليرقان) وقد يسبب الصمم.

4- اضطرابات الغدد الصماء

5- سوء التغذية او نقص التغذية وقد يكون هناك فرق بين المصطلحين في الأول قد يعني توفر الاغذية الكمية لكنها تفتقد الى عناصر غذائية مهمة كالبروتين والمعادن أو غير المتكاملة بالفتيامينات. أما نقص الاغذية فهو عدم توفر الغذاء نوعا وكما . كما يحدث في بعض البلدان الافريقية الفقيرة. لذلك فإن التغذية الكاملة الصحية اثناء فترة الحمل يكون لها التأثير الكبير في نمو الجنين وخاصة في مراحله الأولى. ويمكن القول في هذا المجال ان شرب الام للحليب بشكل كافٍ في الاشهر الثلاثة الاولى يكون اكثر نفعاً للجنين من الحليب نفسه اذا شربه الطفل نفسه وهو بعمر سنتين. فالبروتينات وتوفرها يؤثر في بناء الخلايا لكل من الام والجنين لان الاحماض الامينية التي توفرها تدخل في ذلك. والتغذية وما فيها من فيتامينات كافية تساعد على البناء وعمل الهرمونات كالانسولين وهرمون الثيروكسين وغيرها.

6- مرض السكري

7- امراض القلب

8- الربو

9- ضغط الدم

10- التعب والاعياء المستمر

11- الحالة النفسية المزرية والمستمرة للام

12- تعاطي التدخين أو الخمور أو المخدرات

13- التسمم

14- تلوث الماء والهواء

ب- أسباب أثناء الولادة وتشمل

1- الولادة المبكرة جداً أو المتأخرة جداً.

ان الـــولادة المـــبكرة قـــد تسبب القلق العصبي وقد تعرض الطفل الى الموت ويرتبط ذلك بعمر الام، وسوء التغذية، التدخين، المخدرات، الكحول.

2- عسر الولادة.

3- الاختناق بسبب قلة وصول الاوكسجين الى الوليد او انقطاعه.

4- طول الحبل السري غير الطبيعي كأن يكون اطول من المعتاد او اقصر منه.

5- الولادة الجافة.

6- انفصـــال المشـــيمة المـــبكر الذي قد يؤدي الى انسداد عنق الرحم الذي يعرقل الولادة الطبيعية او وصول كفاية من الاوكسجين للوليد.

7- التوليد غير الصحي واستخدام ادوات صلبة غير معقمة.

جـــ- أسباب ما بعد الولادة:

وتشمل الحوادث والأمراض التي تصيب الطفل في سن مبكرة والتي تؤثر فـــي تلـــف بعض اجزاء المخ كحالات التهاب الجهاز العصبي المركزي، الالتهاب

الدماغي، الحمى القرمزية، مضاعفات الحصبة، الامراض المعدية مثل التهاب الغدد النكفية والجديري اضافة الى المبيدات التي تستخدم في الزراعة، او قتل الحيوانات، وسوء استخدام العقاقير او المعادن وخاصة الرصاص الذي اذا تناوله الطفل يؤدي الى تلف الجهاز العصبي، نقص كمية الاوكسجين، سوء التغذية. وتشكل العوامل البيئية كالثقافة والاجتماعية والنفسية سبباً للتاخر العقلي وخاصة الهامشي والبسيط منه.

وقبل ان انهي النقطة لابد من الإشارة الى ان أسباب الاعاقة المادية والتي ترتبط بعوامل وراثية قد تناقصت عبر الأعوام السابقة وهي في طريقها الى النقصان ما زال هناك تزايد في الوعي نتيجة للتطورات واتساع أبواب المعرفة وتعمقها، وزيادة الدراسات والبحوث في المجالات المختلفة وخاصة في مجال العلوم الطبية لان كثير من حالات الاعاقة وخاصة الشديدة منها تعود في الأغلب لاسباب ناتجة عن اللاوعي ما عدا تلك الاعاقات المتأتية من الاشعاعات والتلوثات البيئية كما حدث في العراق.

أما في حالات الاعاقة البسيطة فكثير منها يعود لأسباب ثقافية وبما ان هناك تفاوتاً في العالم في هذا المجال. لذلك لا يمكن القول ان حالات الاعاقة البسيطة في طريقها الى التناقص لان التصريح بذلك لا يكون بأي حال من الأحوال مطلقا، فالاعاقة البسيطة قد تكون ملاحظة في المجتمعات الصناعية بينما لا تكون كذلك في المجتمعات الزراعية، وبما ان الحياة تتعقد يوما بعد آخر لذلك نحتاج الى مطالب ومستلزمات كثيرة قد لا يستطيع الجميع تحقيقها الأمر الذي يجعل بعضهم يتخلف عن بعض.

ويشـــير هيوز Hughes [1] الى ان اللجنة التي أمر رئيس الولايات المتحدة الامريكـــية بتكوينها توصلت الى ان 75% من المعاقين عقليا هم من عوائل فقيرة سواءا في مناطق الحضر او الريف.

تشخيص الاعاقة العقلية

لقــد اشــرنا ســابقا الى ان الاعاقة العقلية درجات متعددة وأنماط مختلفة وأسبابها كثيرة جدا لذلك لا يمكن البت برأي قاطع في مجال تشخصيهم، فقد يكون ســهلا للوهلــة الأولى وخاصة لبعض أنماط المعاقين كالمنغولين وبعض درجات الاعاقة كالشديدة والعميقة التي تظهر واضحة من خلال السلوك الملاحظ.

ولكــن فــي حالات اخرى قد يكون التشخيص في غاية الصعوبة وخاصة عــندما تكــون درجة الاعاقة هامشية او بسيطة اذ تحتاج الى متابعة دقيقة وتطبيق اختــبارات الذكاء وخاصة عندما لا يظهر على الطفل صفات جسمية ظاهرة ككبر الجمجمة او صغرها او القزامة.

وتــزداد صعوبة التشخيص بشكل كبير جدا عندما يكون الطفل في أشهره الأولــى، ولكن قد نعتمد على بعض المؤشرات التي تثير الانتباه في مثل هذا العمر كفشــل الطفــل في الاستجابة لابتسامة أمه، وعدم اعطاء اهتمام لما يجري حواليه سواء تعلق الأمر بالأشخاص او ما موجود من ماديات، ويكون اقرب الى السكون بحيــث لا يحــرك يديــه ليمسك أشياء، أي لا ينتبه الى المثيرات التي تدعو قرينه العادي الى الانتباه.

كمــا ان الاعاقة التربوية والانفعالية قد لا تكون ملاحظة في مرحلة ما قبل المدرسة وخاصة الاعاقة البسيطة.

وعلــى أيــة حال لا يوجد اتفاق عالمي بين المختصين على المحكات التي تعتمد في تشخيص الاعاقة العقلية. وفي أي مرحلة عمرية تبدأ عملية التشخيص..

(1) هيوز Hughes مصدر سابق.

وهل هناك مختصون يمكن ان يغطوا كل حالات الاعاقة العقلية. وهل هناك مراكز للتشخيص يمكن ان تكون في كل مدن البلاد.

وبالتأكيد سيكون الجواب بالنفي إذ ان هناك تفاوتاً كبيراً فيما اشرت إليه. فالاهتمام يختلف من دولة لأخرى كما هو واضح بين الدول الغنية المتحضرة والدول الفقيرة غير المتحضرة في مدى الاهتمام بالطفولة بشكل عام والطفل الخاص بشكل خاص.

كما تتأثر المحكات المستخدمة في تشخيص الاعاقة العقلية بدرجة الوعي والتقاليد السائدة في أي مجتمع وفلسفته.

إن التشخيص بشكل عام يعتمد اساساً على دراسة حالة الطفل (Case Study) اما المحكات التي تعتمد في عملية التشخيص فهي:

1- **الفحص الطبي:** ويقوم به طبيب الاطفال أو فريق من الاطباء الاخصائيين لمعرفة النواحي الجسمية، وتاريخ الطفل الصحي، والأمراض، والحوادث التي تعرض لها، وحالة الوالدين الصحية وحالة الام خلال فترة الحمل، وظروف الولادة، وفحص الحواس، والغدد والجهاز العصبي. فمثلاً من الاجراءات الكشفية التي يقوم بها الطبيب لمعرفة اضطرابات التمثيل الغذائي والتي تسمى (الفينيل كيتونيوريا) (PhenylKetonuria) (PKU) التي تكون من الأسباب الرئيسية للاعاقة العقلية ما يلي:

أ- اختبار حامض الفيريك (Ferric Chloricle Test) حيث تخلط نقاطاً من حامض الفيريك مع بول الطفل فاذا تغير لون البول الى اللون الاخضر فهذا يعني وجود اضطراب في التمثيل الغذائي (PKU) .

ب- اختبار نسبة وجود الفينلين بالدم الذي توصل اليه العالم غاثري والذي سمي باسمه، وهو ان تؤخذ عينة من دم الطفل (من كعب القدم) فاذا وجد 20 ملغرام مقابل كل 100 ملم في الدم، فهذا يعني وجود اضطراب تمثيل غذائي (PKU)

والان اصـــبحت مســـألة طبيعـــية عندما نأخذ اطفالنا الى الصغار الى اطباء الاطفـــال يقـــاس محيط الرأس والطول والوزن من قبل الممرضة قبل دخول الطفل الى الطبيب لان هذه قد تعطي مؤشرات على وجود خلل.

2- **تطبـــيق الاختـــبارات العقلـــية والنفســـية**، ويعتمد بشكل أساسي على تطبيق اختـــبارات الذكـــاء لمعرفة نسبة الذكاء شريطة أن يكون التطبيق دقيقاً. ومن أشهر الاختبارات التي طبقت لقياس القدرات العقلية للفرد هو اختبار ستانفورد بينـــيه الـــذي يتسم بأنه مشبع باللفظية، واختبار وكسلر الذي يتسم بأنه يحتوي علـــى جانـــب لفظـــي وجانب ادائي، ويكون اصلح لمن لا يمتلك قدرة لفظية كالمعاقين سمعياً والمضطربين لغوياً.

وقد لا نعتمد بشكل كامل على نتائج اختبارات الذكاء لبعض التحفظات التي تـــتعلق بالاختـــبار نفســـه وبالتطبيق، ووضع الطفل وحالته الصحية وقت تطبيق الاختـــبار والظـــروف المحـــيطة خلال فترة التطبيق. فمثلاً ان إختبارات الذكاء لا تغطـــي جمـــيع القـــدرات فهـــي مثلا لا تقيس القدرات الفنية والقدرات الميكانيكية والقـــدرات القـــيادية والقدرات الاجتماعية، اضافة الى تحيزها فهي تصلح للطبقة الاجتماعـــية الوســـطى، وان البعض حصلوا على درجات أعلى من السود. وهناك مقـــياس جـــود أنف – هاريس للرسم (Good enough Haris Drawing Test) الذي يمكن تطبيقه بشكل فردي او جماعي وهو بسيط جداً اذ يستغرق تطبيقه بين (10-15) دقيقة ويستغرق تصحيحة (10-15) دقيقة كذلك وهو اختبار ادائي غير لفظي.

كمـــا يســـتخدم في هذا الجانب اختبارات الشخصية والنضج لمعرفة النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل.

3- **التشـــخيص التربوي**: ويقوم به اخصائي التربية الخاصة، ويمكن ذكر تجربة العراق في هذا المجال. إذ تنسب معلمة التربية الخاصة لمدرسة عادية أو اكثر لتشـــخيص الأطفـــال الذي يحتاجون الى تربية خاصة. حيث تتعاون المعلمة المذكـــورة مـــع المعلمة العادية لاطفال السنة الاولى ومتابعتهم بشكل تفصيلي

لمعـــرفة مـــدى الصعوبات التي تواجههم في عملية التعلم، وملاحظة سلوكهم داخل الصف وخارجه لمعرفة التكيف الاجتماعي والانفعالي، واذا ما توصلت معلمـــة التربـــية الخاصـــة الى ان بعض الأطفال يحتاجون الى رعاية خاصة ستكتب تقريراً شاملاً عن كل طفل، ويعرض على لجنة تتكون من فريق عمل ليقرروا قراراً نهائياً في وضع الطفل بصف خاص، لذلك تلعب معلمة التربية الخاصـــة دوراً كبـــيراً في التشخيص من خلال معرفة سلوك الطفل وصحته ومشـــاكله التعليمـــية وعلاقاتـــه الاجتماعية واهتماماته الخاصة ومدى نضجه وفهمه ولغته مقارنة باقرانه الاخرين.

وعلـــى أية حال فهناك مقاييس مقننة ظهرت مؤخراً كمقياس المهارات اللغوية للمعاقيـــن عقلـــيا والتـــي تشمل خمسة ابعاد هي الاستعداد اللغوي والتقليد اللغوي والمفاهـــيم اللغويـــة واللغـــة الاستقبالية واللغة التعبيرية. ومهارات القدرة العددية للمعاقين عقليا والذي عدل ليتلائم مع البيئة الاردنية، ويحتوي على ثماني مهارات وهـــي الـــتآزر البصـــري الحركي، مطابقة الأشكال والألوان والاحجام والاوزان والكميات، تصنيف الاشكال والالوان والاحجام والاوزان والكميات، ومهارات العد الآلـــي، ومهارات تمييز الاعداد وفهمها، والتعرف على الأشكال الهندسية والالوان والاحجـــام والارقـــام والـــنقود وايام الاسبوع، ومهارات تسمية الأشكال الهندسية والالوان والاحجام والاوزان والاطوال والنقود وايام الاسبوع واشهر السنة، وكتابة الارقام وجمعها وطرحها. [1]

وهناك كذلك مقاييس لمهارات القراءة للمعاقين عقليا وكذلك مهارات الكتابة.

4- **دراســـة الحالـــة الاجتماعـــية:** ومـــن الوسائل التي يمكن ان تعين في عملية التشخيص دراسة الحالة الاجتماعية للطفل من خلال معرفة نموه قياساً بأقرانه مـــن الناحـــية الجســـمية والحركية واللغوية، وكذلك حالة الاسرة من الناحية

---

(1) لمـــزيد مـــن المعلومات انظر الروسان، فاروق (1999) اساليب التشخيص والقياس في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.

الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي لها أثر كبير في عملية تطور الطفل إذا ان كثير من الحالات الاعاقة العقلية الهامشية والبسيطة تكون نتيجة للظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الحالكة التي يعيشها الأطفال.

وبعد منتصف القرن العشرين ظهرت عدة مقاييس للسلوك الاجتماعي التكيفي ومن هذه المقاييس مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي The Vineland Social Maturity Scale لدول (Doll, 1953) ومقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية Cain Levine Social Competancy Scale لكين وليفين (Cain and Levine,1963) ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف العقلي The American Association on Mental Retardation Adaptive behaviour Scale والذي اعده نهيرا وزملاءه ولامبرت Nihira, et al, 1975 and Lambert, 1981 . [1]

واخيراً لابد من القول كلما كثرت المحكات التي استخدمت في القياس والتشخيص كلما كانت الصورة أوضح، لذلك فإن الاتجاه الحديث يؤكد على أهمية استخدام الجوانب الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية للحصول على تصور متكامل يساعد على التخطيط والبرمجة ووضع العلاجات الكفيلة بتحسين الطفل المعاق عقلياً.

خصائص المعاقين عقلياً

نعود ثانية الى القول أن التحدث عن خصائص المعاقين عقلياً ليس بالأمر السهل لان التفاوت بينهما كبير جداً فمنهم من يكون قريباً من الاعتيادي وآخرين بعيداً جداً عنه.

فالفروق الفردية بين المعاقين عقلياً كبيرة جداً اذا ما قورنت بالفروق الفردية بين الاعتياديين. لذلك فأننا عندما نتحدث عن الخصائص الجسمية والعقلية

(1) الروسان، فاروق، مصدر سابق، ص 141 .

والاجتماعية والانفعالية عن فئة المعاقين عقلياً عوقاً بسيطاً فأننا لا نستطيع تعميمه الى الاعاقات الشديدة والعميقة.

وسـيجري الحديث عن خصائص المعاقين عقلياً عوقاً بسيطاً من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وبطبيعة الحال كلما ازدادت درجة الاعاقة العقلية كلما ازدادت هذه النواحي سوءاً.

1- الخصائص الجسمية، هناك مقولة مشهورة تستخدم في حياتنا اليومية تقول العقل السليم في الجسم السليم. ويستدل منها على وجود علاقة بين الجانب العقلي والجانب الجسمي إذ لا يمكن الفصل بينهما تماماً.

وتشير أدبيات الموضوع الى وجود فرق بين الاعتياديين والمعاقين عقلياً في النمو الجسمي والحركي والمهاري. فالمعاقون عقلياً أقل طولاً ووزناً اذا ما قورنوا بالاعتياديين، كما انهم لا يرقون ان يكونوا بمستوى الاعتياديين في المهارات الحركية كالمشي والقفز والشد وحركاتهم اقل تناسقاً من الاعتياديين. وقد يظهر الفرق واضحاً جلياً عند اصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يعود التأخر من الناحية البدنية إلى الضعف العام، أو أسباب بيئية بعد الولادة كسوء التغذية والامراض التي يتعرض لها الطفل، وقلة النوم بحيث يعوق نمو الطفل نمواً سليماً.

وقد اوضح آيرسلب (Ayerslp) [1] في دراسته عن أثر القصور الجسمي في التقدم الدراسي بأن متوسط العيوب بالنسبة للطفل بطيئ التعلم تبلغ 16.5% مقابل 1.3% للاعتياديين، وتتمثل تلك العيوب الجسمية بعيوب البصر، عيوب في التنفس، تضخم اللوزتين، زوائد انفيه، عيوب في الاسنان، عيوب في السمع، تضخم اللوزتين. ويمكن أن تزداد هذه العيوب كلما ازدادت درجة الاعاقة العقلية.

ويشير جليفورد (Guliford) [2] إلى ان الكسل وعدم الانتباه من الصفات التي يتميز بها المعاقون عقلياً عوقاً بسيطاً ويعود ذلك لأسباب تتعلق بالصحة

---

(1) عبد الرحيم، فتحي السيد (1980) سيكولوجية الطفل غير العادي واستراتيجية التربية الخاصة، الكويت.

(2) Guliford, R. (1971) Special Education Needs. London: Routledge and Kegan Paul .

البدنية، ضعف أو قلة النشاط العام نتيجة لفقر الدم الحاد، القصور الجسمي، عدم النضج العقلي.

ينتمي بعض المعاقين عوقاً بسيطاً الى فئة المنغولية ولو ان نسبتهم كما تقول الدراسات 10%-40% وهي نسبة قليلة جداً اذا ما قورنت بفئة البلهاء والمعتوهين. ولكن ومن خلال وجهة نظرنا فان المنغولية تتأثر بتقدم البلد وتحضره والخدمات المقدمة للامومة والطفولة وفي مجال التربية الخاصة، وبهذا يمكن القول ان درجة اعاقة المنغوليين في الدول المتحضرة اقل من درجتهم في الدول غير المتحضرة والفقيرة.

الخصائص العقلية

يتميز هؤلاء الأطفال بمعدل نمو عقلي أقل من الاعتياديين فهم لا يصلون الى المستوى العقلي الذي يصل اليه اقرانهم الاعتياديون. ومن المظاهر العقلية التي يتصف بها الطفل المعاق عقلياً عوقاً بسيطاً هي:

1- سرعة نسيانه وضعف الذاكرة.

2- قصور في القدرة على التركيز.

3- ضعف القدرة على الانتباه.

4- ضعف القدرة على حل المشكلات .

5- ضعف القدرة على التفكير المجرد لذلك يجري التأكيد في تعليم المعاقين عقلياً على المحسوس والملموس بالرغم من ان الاتجاه العام لجميع الأطفال باعمارهم المبكرة ان يعلموا وفق المحسوس الا ان المعاقين عقلياً اكثر احتياجاً لها.

6- ضعف القدرة على التعميم فقد يجيب الطفل عندما يسأل 1+1 كم لكنه قد يجد صعوبة عندما يسأل 1 و 1 كم ؟

7- قصور في القدرة على التحليل والتركيب والتقويم حتى في اعمار متقدمة.

8- يتصف بالافكار المشتتة وعدم الانتقال المنظم في افكاره بشكل يتسم بالتسلسل الموضوعي والمنطقي.

9- صعوبة التمييز بين المتشابهات وأوجه الاختلاف بين الأشياء، فقد لا يستطيع التفريق بين المربع والمثلث والدائرة.

10- ضعف القدرة على التمييز البصري، فقد يجد صعوبة في ادراك المتشابهات من الكلمات مثل أسنان وسنان، طير وطبر، وقد يخلط بين الحروف المتشابهة مثل خ، خ، ج، او ب، ت ، ث .

11- صعوبة تعلمه القراءة والكتابة والخط.

الخصائص اللغوية

غالباً ما يعاني الأطفال المعاقون عقلياً من اضطرابات وتأخر لغوي، وقد تكون هذه المسألة طبيعية لان اللغة نشاط عقلي لذلك فان تأخر واضطرابات اللغة تتأثر بشدة بالاعاقة، حيث تشتد كلما اشتدت الاعاقة العقلية فتكون عند المعاقين عوقاً شديداً اكثر من المعاقين عوقاً متوسطاً وهكذا بالنسبة للمعاقين عوقاً بسيطاً. وتعد الاعاقة العقلية من اسباب اضطرابات النطق والكلام المتعلقة بمرحلة المعالجة إذ قد تكون أعضاء الاستقبال سليمة لكن الخلل في عملية المعالجة، وقد يتصف بكل أنواع اضطرابات النطق والكلام وهي اضطرابات النطق واضطرابات الصوت وانسيابية الكلام.

ان الاطفال المعاقين عقلياً بالإضافة الى قلة حصيلتهم اللغوية قياساً بالأطفال الاعتياديين فهم يتأخرون في الاستجابة للأصوات والتفاعل معها، وقصورهم في الفهم والتقليد والمحاكاة ويسوء الأمر اكثر في الانتاج التلقائي، فتكثر في كلامهم عدم الاتساق والتفكك والاخطاء واضطرابات النطق كالتشويه والتحريف والحذف والابدال، كما يتصفون بالكلام الطفولي (Childish) نتيجة لعدم تطور لغتهم كالاطفال الاعتياديين اضافة الى اضطرابات الصوت حيث يكون صوتهم نمطياً

وبوتـــيرة واحدة. وهذه العيوب ليست على درجة واحدة وانما تختلف باختلاف شدة الاعاقة فهي أقل في الاعاقة العقلية البسيطة.

ولابد من الذكر ان اللغة مهمة جداً للتطور الذهني إذ ان هناك علاقة وثيقة بينهما، كما ان هناك علاقة تفاعل بين اللغة والفكر وقد أثير نقاش طويل حول أيهما أســبق هل اللغة تسبق الفكر او الفكر يسبق اللغة ولا مجال للتطرق لهذه المسألة، وانمـــا يمكن القول اجمالاً بأن العلاقة بين اللغة والفكر هي علاقة تفاعل فكل منهما يؤثر في الاخر فكأنهما وجهان لعملة واحدة، فالقصور في جانب يؤثر في الثاني.

الخصائص الانفعالية والاجتماعية

ابـــتداء لابـــد مـــن القول بأن هناك ارتباط بين الجوانب العقلية والجسمية والاجتماعية والانفعالية التي تشكل الذات الانسانية، ولا يمكن بأي حال من الأحوال الفصـــل بينهما تماماً فاي تطور أو قصور في احدها سيؤثر في الجوانب الاخرى ولكن بدرجات متفاوتة.

ومـــن الخصـــائص التـــي يتصـــف بهـــا المعاقون عقليا كما تشير أدبيات الموضوع التي تحدثت عن الاعاقة العقلية هي:

1- العـــدوان (Aggression) اشـــارت الادبـــيات الـــى ان المعاقين عقلياً يتصفون بالســـلوك العدواني الذي يميزهم عن الاعتياديين، ولكن لا يمكن ان نعمم ذلك علـــى جمـــيع فئات الاعاقة العقلية، فالعميق والشديد قد يكون ساكنا يعيش مع حاله دون أي شكل من أشكال العدوان. كما اننا لو تحدثنا مثلاً عن المنغوليين فـــي هـــذا الجانب لنراهم مسالمين، مرحين، اجتماعيين، متعاونين، مبتسمين، يحبون مصافحة الاخرين لذلك يطلق عليهم "الاطفال السعداء". (1)

ان الســـلوك بشكل عام مكتسب نتيجة لمتغيرات بيئية وأساليب التربية المتبعة لذلـــك فـــان الطفـــل المعـــاق عقلـــياً عوقاً بسيطاً حالة كحال تربية الأطفال

---

(1) زهران، عبد السلام (1977) مصدر سابق، ص 492 .

الاعتياديين، ولكن نتيجة للاحباط والفشل الذي يتعرض له هؤلاء الأطفال تجعل استجاباتهم سلبية، فيلجأون إلى السلوك العدواني كحالة من التنفيس أو التعويض عن عدم قدرتهم على المشاركة. كما ان معظم اولياء الامور يطالبون ابنائهم بسلوك يتناسب مع عمرهم الزمني وليس مع عمرهم العقلي، لذلك فهو يجاهد على جبهتين جزء من طاقته النفسية والحيوية تتمركز حول مقاومة توتره الداخلي، وجزء من طاقته يتجه نحو كسب رضا أولياء الأمور والمدرسين، وقد يجد صعوبة في ذلك الأمر الذي يؤدي به الى الشعور بأنه أدنى من أقرانه الآخرين مما يترتب على ذلك الوان من الضغوط النفسية والاجتماعية، وقد يؤدي الى السلوك العدواني، واحياناً تكون الاعاقة العقلية نتيجة للعطب المخي الذي يسبب في بعض الحالات السلوك النمطي وغير الاجتماعي تتخلله شكل من أشكال العدوان.

2- القصور في انشاء علاقات اجتماعية فعالة وهي نتيجة طبيعية لقصوره العقلي، لذلك لا يستطيع الطفل المعاق عقلياً ان يتكيف بشكل مثمر مع اقرانه الاعتياديين، وقد يبتعد اقرانه الاعتياديون عنه، وقد يكون احياناً بتشجيع أولياء امورهم لانهم ينظرون الى مصلحة ابنائهم قبل كل شيء، اذ يفضل الآباء ان يصادق ابنائهم من هم افضل منهم ليستفيدوا منهم ويقلدوهم في جوانبهم الايجابية، لأن عملية التقليد بشكل منطقي تكون في الغالب من الافضل فمن غير المنطق ان يقلد طفل ذكي طفلاً أقل من الاعتيادي.

ومن هذا المنطلق نجد الأطفال المعاقين عوقاً بسيطاً يميلون الى صداقة أو مشاركة الاطفال الذي يماثلونهم بالعمر العقلي أكثر من اقرانهم الذين يماثلونهم بالعمر الزمني.

3- الانسحاب withdrawn ان الانسحاب قد يكون من الخصائص التي يتميز بها المعاقون عقلياً بشكل عام. وتلك مسألة منطقية لما يتصف به الطفل المعاق عقلياً من قصور في القدرات العقلية والنضج الاجتماعي لذلك فهو يميل الى

الانسحاب. وهذا الحال ينطبق حتى على الاعتياديين فقد ينسحب الاعتيادي من المجموعـــة المتفوقة لأنه لا يستطيع أن يواكبهم في قدراتهم ووجوده معهم قد يفرز نوعاً من عدم الرضا عن الذات الذي يسبب بدوره الألم النفسي.

كذلـــك فإن المعاق عقلياً ينشغل بنفسه تاركاً المجموعة أو قد يراقبهم عن بعد. وقد توصـــل كـــيرك وجونســـون Kirk and Johnson [1] في دراستهما السوسيرمترية (Sociometric study) التـــي شملت عينة من الأطفال الاعتياديين والمعاقين عقليا بمدارس المرحلة الأولى بلغ عددهم (689) طفلاً إلى ما يأتي:

1. ان ثلثى الأطفال المعاقين عقلياً يتصفون بأنهم معزلون (Isolates) في حين أن نســـبة المعزولين عن الجماعة بين الاعتياديين تبلغ نصف ما بلغته بين المعاقين عقلياً.
2. بلغت نسبة الأطفال التي ترفضهم الجماعة ما بين المعاقين عقلياً 15،46% في حين بلغت النسبة بين الأطفال الاعتياديين نسبة 4.4% وكان من أسباب رفض الجماعة هؤلاء الأطفال هو ما يبدونه من سلوك عدواني وما يقومون به من أعمال تضايق الجماعة وتزعجهم.

4- النشاط الزائد Hyperactivity يتمثل ذلك بنشاط غير عادي وأكثر من المألوف مـــن حيث الحركة وعدم الاستقرار والجهد العضلي المبذول. وقد يظهر ذلك واضـــحاً جلـــياً عـــند الأطفال المصابين بتلف في الجهاز العصبي المركزي. يتصـــفون هؤلاء الأطفال بعدم الاستقرار، والحركة المستمرة، والتكرار الممل لبعض الحركات التي لا تتسم بالاتساق.

وقـــد يقتصـــر هـــذا العرض، الذي لا يمكن ان نطلق عليه مرض، على المعاقين عقلياً وانما يتميز به كذلك بعض الأطفال الاعتياديين لأسباب مختلفة.

(1) عبد الغفار والشيخ ، مصدر سابق،ص 70 .

واذا ما وضع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً في الصف فهم كثيرو الحركة والتــنقل، ولا يستقرون على حال كما يكونون مشتتى الانتباه بشكل مميز عن بقية الأطفال الاعتياديين.

نقص الثقة بالنفس

ابــتداءاً لابــد من القول ان هناك ارتباطاً بين القدرات العقلية العامة والثقة بالــنفس، فكلمـــا كانت القدرات العقلية عالية انعكس ذلك بشكل ايجابي على الثقة بالــنفس والعكس صحيح. وبما أن الطفل المعاق عقلياً يتميز بقصور قدراته العقلية فإنه معرض أكثر من غيره إلى حالة الفشل والاحباط الذي يزعزع ثقته بنفسه، هذا مــن جهـــة ومـــن جهـــة أخـــرى فهـــو اقل تقبلا في البيئة الاجتماعية من أقرانه الاعتياديين. لذلك يمكن القول بشكل عام ان نقص الثقة بالنفس بالنسبة للطفل المعاق عقليا احدى الخصائص المميزة له.

مفهوم الذات المنخفض

يشـــير هذا المصطلح الى رؤية الفرد لنفسه من النواحي العقلية والجسمية والاجتماعـــية والانفعالية زائداً رؤية الآخرين له. فهو يتصف بالتردد والتكرار وقد يصـــعب الحصـــول على استجابة منه الا بعد ان يشعر بالأمن والطمأنينة، كما ان الطفـــل المعاق عقلياً يتعرض لكثير من الفشل والشعور بعدم الكفاءة وعدم التقبل الصريح أو المستتر، وهذا ما يجعله يشعر بعدم تقدير الذات.

التكرار الممل

يتصـــف بعـــض المعاقيـــن عقلياً بميلهم إلى تكرار بعض السلوكات بشكل مستمر دون ملل او ضجر أو قد يكرر بشكل كبير جداً جواب لسؤال وخاصة اولئك الاطفال الذي يعانون من تلف في الدماغ.

إن قصـــور الطفـــل المعـــاق عقليا تحدد سلوكه في إطار ضيق بعيداً عن الشمولية التي يمكن من خلالها ان يوزع جهده.

فمحدوديـــة الامكانـــيات والقدرات والميول التي تجعله يركز على سلوكيات بسيطة يميل الى تكرارها بشكل مستمر حتى يصل الامر احياناً الى حد الاصرار.

الدمج والفصل

يرتـــبط المصطلحان بشكل اساسي بدرجة الاعاقة فلا يمكن ان نتحدث عن الدمـــج في حالات الاعاقة الشديدة، ولكن يمكن ذلك في حالة الاعاقة البسيطة إذ ان معظـــم دول العالم تتخلى تدريجيا عن الفصل وخاصة بالنسبة للمعاقين عوقا بسيطا او هامشيا.

وتخـــتلف دول العالم في صيغ الادماج المعمول بها إذ لا يوجد اتفاق دولي على صيغ الادماج.

وقد اشار الخطيب [1] الى دراسة حول تعليم ذوي الحاجات الخاصة نفذتها اليونســكو مــنذ بضـــع سنوات قدمت سول (Saulle, 1995) تقريراً عنها. تضمن التقرير تبني تسع وثلاثون دولة من اثنتين وخمسين دولة للدمج، ولكن ذلك لا يعني بالضرورة ان هذه الدول جميعاً تضع مبدأ الدمج موضع التنفيذ فبعضها تطبق الدمج بســبب سياســـات اجتماعية بالغة التطور، وبعض الدول تمارس الدمج لانه يمثل افضل البدائل المتاحة والقابلة للتنفيذ لان المدارس والمؤسسات الخاصة ذات كلفة اقتصادية كبيرة جداً، ولا تتوفر اعداد كبيرة من الافراد المعاقين بينما تبنت سبع من هذه الدول الاثنتين والخمسين الفصل الذي تعده اكثر ملاءمة لحاجات المعاقين.

أمـــا الأشـــكال التي تقدمها التربية الخاصة فتمثل بعضها الفصل وبعضها الاخر الدمج بأشكال مختلفة ومن هذه الأشكال:

1- مؤسسة أو مدرسة ينام بها الأطفال ويتعلمون بها كذلك.

2- مؤسسة أو ملجأ يأوى المعاقين أما تعليمهم فيكون في مكان آخر.

3- مدرسة نهارية خاصة.

(1) الخطيـــب ، جمـــال (2004) تعلـــيم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

4- الصفوف الخاصة في المدارس العادية.

5- فصول خاصة في مدارس عادية ويختلط بفترات مع التلاميذ الاعتياديين.

6- يوضع في صف عادي مع توفير مساعدات داخل المؤسسة كأن تكون عيادات خارجية او مركز تعليمي.

7- دمج الأطفال المعاقين عوقا بسيطا مع الاعتياديين واشراك معلمة التربية الخاصة لمصاحبة المعلمة الاعتيادية من أجل تسهيل عملها واستيعاب هؤلاء الأطفال.

8- وضع الطفل في صف عادي ويستعين المعلم بمشرف او مختص ليساعده على كيفية التعامل والطرق الفنية للتعليم والوسائل وغيرها.

تمثل الأشكال الثلاثة الأولى حالات الفصل بينما بقية النقاط الاشكال المختلفة للدمج، وهي تختلف من دولة لأخرى لاسباب عديدة ترتبط بسياستها التربوية وامكانياتها الاقتصادية، ومدى توفر المختصين في هذا المجال، والحالة الاجتماعية والثقافية. ان الهدف الاساسي من دمج الطفل مع الاعتياديين هو التفاعل وكسب كثير من الخبرات من خلال الاحتكاك اليومي مع اقرانه الامر الذي يؤدي الى التكيف الاجتماعي، ولكن من أهم الصعوبات التي تواجه هذه العملية هو كيف نجعل الأطفال الاعتياديين يقبلون ويتكيفون مع هؤلاء الأطفال وخاصة مع الكبار اذ ان عملية الدمج تكون أوفر حظا للنجاح عندما يكون الاطفال صغارا لان مدى الفروق الفردية بينهم لم تتسع بعد بالقدر الذي نراه عند تقدم العمر، والصعوبة الكبيرة الاخرى هي معلمات المتعلمين الاعتياديين اللواتي لم يعدن للتعامل مع الاطفال المعاقين.

ومن الدراسات التي اجريت في هذا الجانب دراسة سانسون وزنجمويد (Sansone & Zigmond)[1] التي هدفت تقييم فاعلية برنامج الدمج على عينة من المعاقين

(1) Sansone, J. and Zigmond, N. (1986) Evaluating mainstreaming through analysis of student's schedules. Exceptional Children. Vol. 52, No. 5, PP. 455-458 .

عقلـــياً عوقـــاً بســـيطاً. شملت عينة البحث (844) طفلاً من ذوي الاعاقة البسيطة موزعين على (61) صفا من صفوف المدارس الاعتيادية التي بلغت (38) مدرسة ابتدائية.

توصلت الدراسة الى ان 14.5% من الوقت امضاه ذوو الحاجات الخاصة فـــي الصـــفوف الاعتـــيادية وان المـــواد التـــي نجح فيها البرنامج هي مواد الفن والموسيقى والتربية الرياضية والمكتبة، وتراوحت نسبة المعاقين عوقاً بسيطاً الذي الـــتحقوا بـــتلك 56-75% بيـــنما تراوحت نسبتهم في الجوانب الاكاديمية "القراءة والحساب والانكليزية والعلوم والاجتماعيات ما بين (3% - 7%) ويعني أن اكثر مـــن 90% من العينة لم يلتحقوا في الجوانب الاكاديمية وقد يكون تفسير الامر ان هـــذه الجوانب تظهر ضعفهم اكثر من المواد الأخرى، وقد يكونون في تلك المواد افضـــل حـــالاً مـــن الجوانب الاكاديمية (القراءة والحساب واللغة واللغة الانكليزية والعلوم).

ففي التجربة العراقية في مجال الصفوف الخاصة لبطيئي التعلم ومن خلال زيـــارات الكاتـــب لكثـــير من المدارس التي تحتوي صفوفا خاصة لم يجد النفس الحقيقي الصادق في التعامل مع هؤلاء الأطفال، وسمعت تصريحا واضحا من عدد لـــيس بقليل من معلمات المتعلمين الاعتياديين عند دمج أطفال التربية الخاصة في صـــفوفهن علـــى انهـــن لسن مسؤولات عن التعامل من هؤلاء التلاميذ وانما هي مسؤولية معلمات التربية الخاصة فقط.

ويقتصـــر دور معلمات التربية الخاصة في هذه التجربة على تعليم الأطفال بطيئى التعلم القراءة والكتابة والحساب، اما بقية المواد فيدمجون مع اقرانهم وحقيقة الأمـــر ان معلمـــات التربية الخاصة لا يذهبن مع هؤلاء الاطفال خلال دمجهم في الدروس الاخرى، ويقتصر الامر على معلمات الاطفال الاعتياديين، لذلك فانهم في أغلـــب الاحـــيان لا يعطـــون العناية والرعاية والاهتمام الكامل اذ تركز معلمات

الأطفـــال الاعتياديـــين علــى اطفالهن واحيانا لا يعطي بطيئ التعلم حتى كرسي للجلوس عليه ويقفون جانبا احيانا او يجلسون على الأرض.

فضــلاً عن ان معلمات التربية الخاصة لم يصلن الى درجة الوعي الكافي الذي يدركن فيه الجانب الانساني للتعامل مع هؤلاء الأطفال وعند مقابلتي لكثير من معلمـات التربـية الخاصــة فـي هذه المدارس كن يفضلن التحول لتعليم الاطفال الاعتياديين بالرغم من ان عدد اطفال الصف الخاص يتراوح ما بين (6-12) طفلا في حين يتجاوز الصف العادي في اغلب الأحيان (30) طفلاً.

وكــأن النظرة اليهن اجتماعيا يرتبط بالأطفال الذين يعلمونهم وخاصة وقد صــرحت الــبعض منهن عندما سألتهن عن سبب رغبتهن للانتقال لتعليم الأطفال الاعتياديين فأجبن احيانا وعن طريق المزاح الذي قد يشوبه ما يشوبه تقول معلمة الاعتياديين لمعلمة التربية الخاصة يا معاقة اذهبي الى اطفالك المعاقين.

لذلك قلما وجدت دافعية ترقى لان تكون ومستوى متطلبات هؤلاء الأطفال واحيانا حتى من قبل الادارة ذاتها لأن فتح الصف في أغلب الاحيان لم يكن برغبة ادارة المدرسة وانما بأمر من المديرية العامة للتربية.

كمــا لــم اجد في كثير من الأحيان صفا يرقى لأن يكون بمستوى الصف الخــاص الذي يبعث على استغلال القدرات والطاقات الى اقصاها، وهذا يعكس ما اســلفت. لذلك يمكن القول ان عملية الدمج ليست عملية سهلة يكون طريقها سهلاً معــبداً يملــؤه الازهــار والرياحين وانما هو طريق صعب، ويحتاج الى شروط ومستلزمات وتهيئة واعداد لنجاح هذه العملية. فعلى سبيل المثال كيف نهيئ معلمات الاعتياديــــن ان يتقبلـــن هؤلاء الأطفال ويتعاملن معهم تعاملاً دقيقاً يجسد الجانب الـــتربوي والانســـاني في حالة دمجهم بدون معلمات التربية الخاصة، وكيف تهيئ معلمات الاطفال الاعتياديين اطفالهن لقبول هؤلاء الأطفال في حالة دمجهم والتعامل معهم بشكل سليم.

وقبل ان انهى النقطة لابد من الاشارة الى أني وجدت من الادارات نماذج فـــي هـــذا المجال كما وجدت معلمات على درجة عالية من الوعي بحيث اصابهن الاســـتغراب عندما سألتهن السؤال التالي: هل ترغبن للانتقال من معلمات التربية الخاصــــة الى معلمات الاطفال الاعتياديين؟ واعتبرن ذلك نقلة الى درجة أدنى لان معلمـــات التربية الخاصة عندهن من المعلومات ما عند معلمات الاعتياديين والذي يمكـــن ان نطلـــق علـــيه (س) وعندهم الخاص في مجال الاعاقة من حيث أسبابها وطـــرق تشخيصها وقياسها وطرق تعليمهم ومتطلباتهم الى غيرها والتي يمكن ان نطلق عليها (ص) لذلك يكون الآتي:

- معلمة الاطفال العاديين عندها (س) فقط.
- بينما معلمة الصف الخاص عندها (س + ص)

مستويات الدمج

إن للدمج مستويات هي : [1]

أ- المســـتوى المادي: هو ان يلحق الطفل المعاق بمدرسة عادية ولكنه قلما يشارك في انشطة الفصل، وقلما يتواصل مع المتعلمين الاعتياديين.

ب- الادماج الوظيفي: ويشترك الطفل بنشاطات اقرانه او بعض منها مثل التربية، الدينية، الموسيقى، الاشغال اليومية، نشاطات الايقاظ .

جـــــ- الادمـــاج الاجتماعـــي: ويتحقق ذلك عندما يلعب المعاق بصفة فعلية دورا اجتماعـــيا في المجموعة التي يشكلها الفصل، ويكون هناك تفاعل حقيقي بينه وبيـــن اقرانه بحيث يحس بشعور من الانتماء الى المجموعة، وان يكون هناك قبول حقيقي من قبل اقرانه.

يعـــد الادماج الاجتماعي اصعب مستوى لانه لا يتحقق الا بتحقيق المستويين السابقين كما ان الوظيفي لا يتحقق الا بعد الادماج المادي.

---

(1) عـــبد الرزاق، عمار (1988) تربية المراهقين المعوقين، الادماج في المدرسة (مترجم) تونس: المنظمة العربية للثقافة والعلوم التربوية، ص 46 .

الأساليب العلاجية للمعاقين عقليا

لـــم يقتصر علاج المعاقين عقلياً على أسلوب واحد وانما تعددت الأساليب التي تعاملت معهم . ومن أشهر الأساليب العلاجية هي:

1- العلاج الطبي Medical Therapy

وهـــو أحد الأساليب التي استخدمت قديماً وحديثاً لعلاج كثير من الحالات التي تؤثر في الاعاقة العقلية وخاصة تلك المتعلقة بالنواحي العضوية والمتعلقة منها فـــي الســـمع والبصـــر والعيوب المتعلقة بالغدد التي لها أثر كبير في عملية النمو الطبيعـــي، وكذلك معالجة بعض حالات الاعاقة البسيطة التي سببتها سوء التغذية، فعلـــى سبيل المثال استخدمت العقاقير الطبية في معالجة مشكلة النشاط الزائد حيث بلغت نسبة النجاح كما اشار بيكر Baker [1] (65%-70%) وتعد عقاقير الريتالين Retalin والســـايلرات Cylert والدكســـدرين Dexederine اكـــثر العقاقير استخداما لمعالجة هذه المشكلة.

واســـتخدم هرمون الثيروكسين في علاج القصاع (القزامة)، ونقل الدم في حالات العامل RH ، كما استخدمت الجراحة لتلقى نجاحا كبيرا في معالجة حالات عيوب الرأس وخاصة في حالات التشخيص المبكر.

وقـــد أثبت حامض الجلوتاميك تحسنا في الاداء الكلي للشخص في الحالات المزمـــنة للاعاقـــة العقلـــية حيث اصبح الاطفال اكثر انتباه وكفاية. وقد يكون هذا العـــلاج قد نشط الخلايا المخية وبالرغم من الارتفاع الذي وصلوا الا انه لم يصل الـــى مستوى الدلالة الاحصائية، وعند توقف العلاج انخفض مستواهم الى ما كانوا عليه.[2]

(1) Baker, A 1976 Hyperactivity Methods of Treatment: Division for Children with Learning Disabilites CEC: Reston Verginina.

(2) ياسين عطوف محمود (1981) اختبارات الذكاء والقدرات العقلية. بيروت: دار الاندلس، ص 142.

2- العلاج الاجتماعي Social Therapy

يركز هذا العلاج على المتغيرات البيئية التي لها أثر كبير في سلوك الفرد وفي رؤيته لنفسه، وهل يؤدي ذلك الى شعور الرضا او عدم الرضا؟

فكثـير من الاعاقات العقلية البسيطة هي نتاج ظروف بيئية يعيشها الطفل وأسـاليب التربـية المقدمـة له لذلك يجري التركيز على كيفية استثمار الجوانب الايجابـية لـدى الطفـل المعـاق واعطاؤه ادواراً اجتماعية وهو في الأسرة وفي المدرسـة وبين اقرانه، وكيفية المشاركة الفعالة في هذه الاجواء دون التركيز على الجوانب السلبية او على الاخطاء والسلوكيات غير المرغوبة والتأكيد عليها. ويسعى العـلاج الاجتماعي على تقبل الطفل المعاق عقليا لحالة عوقه، والقبول الاجتماعي من قبل الاخرين الذين يتعاملون معه.

3- العلاج النفسي Psycho Therapy

ويتضمن العلاج النفسي شقين الشق الأول هو محاولة فهم الطفل لنفسه وما هي مشاكله؟ وكيف يستغل امكانياته الذاتية في تحقيق أهدافه؟

أمـا الشق الثاني فيتعلق بأولياء الأمور ودورهم الكبير في فهم الطفل فهماً كاملاً. يكون للتوجيه والارشاد من قبل المختصين دور كبير ليمكنوا اولياء الأمور من تفهم ابـنائهم، وكيف يتعاملون معهم بشكل ايجابي من خلال توفير الظروف الاجتماعية السـليمة الكفـيلة بتهيئة الأمن والتوافق النفسي المقبول، ويمكن القول ان للمرشد النفسـي والاباء دوراً كبيراً في رفع دافعية الأطفال، وتعزيز ثقتهم بأنفسهم وتغيير الاتجاهات السلبية المؤثرة في جوانب النمو المختلفة.

4- العلاج التربوي: Educational Therapy

إن الأسـاليب التربوية الخاصة هي أساليب هادفة يمكن من خلالها استثمار قدرات وطاقات الطفل بشكل سليم من خلال تعليمه المهارات الاكاديمية والاساسية او لبعض المهن التي تتناسب مع قدراته الامر الذي يمكنه الاعتماد على نفسه بدلا

مــن الاعــتماد علــى الاخرين ويكون له مردود ايجابي على الفرد نفسه واسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

لذلــك فقد انشات المدارس الفصول الخاصة التي استوعبت ضعاف العقول ووفــرت المواد واعدت معلمي الصفوف الخاصة على مختلف الوسائل والأساليب والطرق التدريسية التي من شأنها دفع المعاقين عقليا الى الامام كما هيئت البرامج الخاصة التي تتناسب مع قدراتهم وامكانياتهم.

يــتم ذلك بشكل فردي في أغلب الأحيان، عن طريق تحديد مستوى الاداء الحالــي للطفل من خلال المحكات المختلفة او ما يسمى بالتشخيص التكاملي، ومن ثــم وضــع خطة تربوية فردية وخطط تعليمية فردية ثم تصاغ الاهداف السلوكية مراعيــن فــي ذلك الأسس العامة للتدريس وهو البدء بالسهل البسيط الى الصعب المركــب ومــن المادي المحسوس الى غير المحسوس يتخللها التقويم ثم بعد ذلك الــتقويم الختامــي، علمــاً بــان مــا يمــيز التربــية الخاصة كونها مرنة قابلة للتعديل والتغيير والاضافة ولا توجد قوالب ثابتة وانما يجب ان تكون الانطلاقة من المتعلم.

العلاج بالتعزيز:

لقــد اثبــت هذا النوع من العلاج فاعليته مع المعاقين عقليا على اختلاف درجــاتهم في الجوانب الاكاديمية والسلوكية والمهارية. يتميز هذا النوع من العلاج بالمنهجية العلمية والموضوعية من خلال قياس السلوك المستهدف ثم يجري اختيار احد أساليب التعزيز. كما يتميز هذا العلاج بمرونته للتغيير اذ ان المعززات ليست علــى درجة واحدة من الفعالية فقد يكون معزز فاعلا مع (س) لكنه اقل فاعلية مع (ص) او قــد يكــون غير فاعل بالمرة مع (ع). ان القياس في البرنامج التعزيزي مستمر واذا لم يثبت فاعليته في التغيير نتيجة للاسلوب العلاجي او اختيار المعزز المرغوب سيصار الى تغيير الاسلوب العلاجي أو المعزز المستخدم.

التعليم العلاجي : Remedial instruction

يجسد التعليم العلاجي مراعاة الفروق الفردية اذ ان مدى هذه الفروق بين الأطفال المعاقين عقليا عالية جدا اذا ما قورنت بالأطفال الاعتياديين او المتفوقين. حقق هذا الأسلوب نجاحا كبيرا لعلاج كثير من المشاكل التربوية التي يواجهها الاطفال المعاقون عقليا ، فهو يراعي فردية الطفل، وما يمتلك من قدرات وميول واهتمامات لتكون منطلقاً لتحسينه. يكون العدد صغيرا والامثل منه لا يتجاوز ستة اطفال، والهدف الاساسي للتعليم العلاجي هو تعزيز ثقة الطفل بنفسه، وازالة عوامل الخوف والقلق الذي يعتريه. ويركز التعليم العلاجي على تحليل المهمة التعليمية الى خطوات فرعية تساعد الطفل على تعلمها وتخفف الحالات التي سبق ذكرها، وقد تكون هذه الخطوات وما يعتريها من نجاح بمثابة تعزيز داخلي وهناك قول مشهور في التربية يقول لا يوجد انجح من النجاح.

وينظر كذلك الى ما تتطلبه هذه المهمة التعليمية الصغيرة هل تحتاج الى حاسة واحدة كالنظر او السمع او الاثنين معا؟ وهل هي لفظية او غير لفظية؟ وما هي العمليات العقلية التي يحتاجها؟

ومن الأمثلة على البرامج التربوية للتعليم العلاجي برنامج تدريب على القراءة والحساب وهي عمليات اساسية تعتمد على المهارات البصرية الحركية او المهارات الحسية الحركية ، او برنامج تدريب لعدد من الحواس وربطها معا او برنامج لعلاج سلوكي لتخفيف النشاط الزائد عند الاطفال من خلال تقليل المثيرات الخارجية التي تساعد على السلوك غير المرغوب فيه، وبرنامج يركز على الصعوبات التعليمية التي يتعرض لها الطفل خلال نماذج بسيطة مصغرة.

مم يتكون منهاج المعاقين عقلياً

ان المهـارات التـي يجب ان يتعلمها أو يتدربها المعاق عقلياً ليست بنفس الدرجـة مـن الأهمية وانما تختلف في أهميتها بالنسبة له كفرد وخلال تعامله من الآخرين وخاصة الأسرة فمن الاولويات لبناء علاقة افضل بينه وبين الاسرة بشكل خـاص هي المهارات الاستقلالية والتي تتضمن مهارات الطعام والشراب واللبس والـنظافة ومهـارات التنقل، وهناك مهارات أخرى قد تكثر وتتنوع وفق المرحلة العمـرية والجـنس ودرجة الاعاقة لذلك عندما يصل المعاق عقلياً وخاصة البسيط منها المرحلة الثانوية تضاف الى المعاق مثلا مهارات اعداد الطعام ومهارات تنظيم وترتيـب البيت، ومهارات التسوق، والمعاق يسعى لتحقيق الاستقلالية الاقتصادية والتصرف المادي السليم، واستثمار الوقت والانشطة الترفيهية.

ان المهـارات المهمـة الأخـرى التي تأتي بعد المهارات الاستقلالية هي المهـارات الاجتماعـية التـي تتضـمن السلوك الاجتماعي المقبول في الاوضاع المخـتلفة، المحافظـة علـى النظام، وعدم ازعاج الاخرين، تقديم التحية والسلام والشكر واللعب مع الاقران والمشاركة بفعالياتهم.

تزداد المهارات الاجتماعية كلما تقدم بالعمر وخاصة بالنسبة للمعاقين عوقاً بسيطاً لتعدد الأدوار، فعليه ان يستجيب لمتطلبات الحياة الاجتماعية، وبناء علاقات اجتماعـية مـع أقـرانه الاخريـن من خلال المصادقة والمشاركة في الاحاديث الاجتماعـية، ومـراعاة مشاعر الآخرين، والسلوك التعاوني ومعرفة القيم والتقاليد والاعراف السائدة.

وتأتي بعد المهارات الاجتماعية من حيث الأهمية هي المهارات الاكاديمية بالنسبة للمعاقين عقلياً عوقاً بسيطاً بشكل خاص وخاصة القراءة والكتابة والحساب وتـبدأ التهيـئة مـن مرحلة ما قبل المدرسة من خلال مسك القلم وتحسين التآزر الحركـي البصري من خلال انشطة متعددة كالقص واللصق والمطابقة والتصنيف بشكل بسيط.

وفـــي الســـنوات الاولى من المرحلة الابتدائية يجري التركيز على تمييز الحروف الهجائية والمطابقة بين الكلمة، والصورة وتكوين كلمات من خلال بطاقات الحـــروف والمطابقة بين الكلمات المكتوبة على بطاقات والاشياء التي تدل عليها، والتعرف على الحروف الناقصة من الكلمات وكتابة بعض الكلمات البسيطة المألوفة والقصيرة.

وفي السنوات الاخيرة من المرحلة الابتدائية يبدأ تعليمه القراءة التي يتعلمها اقـــرانه. امـــا المهـــارات المتعلقة بالكتابة في مراحل السنوات الاولى تبدأ مهارة التلوين، النسخ على النقاط، تقليد أشكال منقطة، كتابة أرقام لمرتبة واحدة ثم تتطور بمراحل لاحقة لكتابة الكلمات والجمل والفقرات.

أمـــا المهارات المتعلقة بالحساب فتبدأ بالتهيئة عن طريق المطابقة والفرز والتصنيف والتنظيم والعلاقات وتسمية الاعداد من (1-10) وكتابتها. وفي المراحل المـــتأخرة من المدرسة الابتدائية يجري تعليمه مهارات بمستوى أعلى حيث يجري تعلـــيمه المهارات الحسابية الأربعة (الجمع والطرح والضرب والقسمة)، والتعرف علـــى وحدات قياس الأطوال والاوزان، ومعرفة التعامل بالنقود، ومعرفة الازمان والاوقات كما يجري الاهتمام بالمرحلة الاخيرة في الدراسة الابتدائية بمواد أخرى كالعلوم والاجتماعيات والتربية الدينية والفنون والرياضة.

وفي مرحلة الدراسة المتوسطة يجري التركيز على التهيئة المهنية وخاصة بالنسبة للمعاقين عوقاً متوسطاً او وفق التصنيف التربوي القابلين للتدريب وتتراوح هـــذه الفترة ما بين (14-18) سنة من خلال التعريف بالمهن والادوات المستخدمة فـــيها، وأهمية هذه المهن بالنسبة للفرد والمجتمع والتي يمكن من خلال هذه معرفة ميول الفرد المهنية التي يمكن ان تعزز وتطور بالإشراف والتوجيه من قبل مرشد التدريب والتأهيل، وبعد ان يتجاوز الثامنة عشرة من عمره يجري تدريبه على مهنة معينة مراعين في ذلك سماته وميوله وقدراته وسوق العمل المحلي.

تعليم الاطفال المعاقين عقلياً

لكـــي نحقـــق تعليماً فاعلاً علينا اولاً ان نختار معلما بمواصفات تتلائم مع هـــؤلاء الاطفـــال المعاقيـــن عقليا واولها الرغبة الحقيقة الصادقة للتعامل مع هذه الشـــريحة، وان يتحلى بالصبر وسعة الصدر والانبساطية، وان يكون متعاونا محبا للآخريـــن مركـــزاً علـــى الجانب الانساني اولا وقبل كل شيء بعيدا عن الجانب المادي.

ان هـــذه الصفات جميعها هي كفيلة بالعطاء الاوفر والتفانى في أداء العمل اداء صادقاً بعيداً عن الكسل والتباطؤ والاتكال اضافة الى انها تجعل الفرد متجاوبا الى حد كبير جدا مع متطلبات الاعداد لتعليم هذه الفئة لان ينهل بشغف كبير كل ما يتعلق بالطرق والاساليب والوسائل السليمة التي يمكن ان تستخدم في عمله، ويكون منتجا ومثمرا بعيدا عن الشطط والعشوائية.

ان التركـــيز الأساســـي فـــي مجال تعليم المعاقين عقليا يعتمد على الخبرة المباشـــرة والجانب الملموس المحسوس لانهم اكثر حاجة من غيرهم لها فيمكن ان نعلمهم المهارات الحسية والحركية والعقلية حتى الاكاديمية فيتعلم الطفل عن طريق اللعب والنشاط العملي اموراً كثيرة.

ومن أشهر وافضل الطرق استخداما مع المعاقين عقلياً هي طريقة المشروع التـــي استخدمت بشكل كبير جدا وخاصة من قبل الاستاذة ديسكودر وهي تجسد في حقيقة الامر فلسفة جون ديوي والتي تعتمد على النشاط الذاتي، والتعليم عن طريق الممارســـة الفعلـــية والخـــبرة المباشرة. ويمكن ان تستخدم هذه الطريقة في تعليم الأطفال المعاقين عقليا في مجالات عدة كالخبرات التعليمية والاجتماعية والصحية واليدوية والزراعية والمهنية وغيرها.

فلو رغب الاطفال على سبيل المثال عمل حديقة مدرسية فسيقومون بأنشطة كثيرة أولها نقاش بينهم وبين المشرف حول اختيار الارض ومساحتها ومستلزماتها وانواع المزروعات التي تزرع وكلفتها وكيفية توزيع العمل وغيرها .

وقد يقوم المشرف بصحبة الأطفال لزيارة بعض المؤسسات التعليمية الاخرى لمشاهدة حدائقها المدرسية، ويحفزهم للقيام بأنشطة كثيرة ككتابة ما شاهدوه او عمل نماذج على شاكله ما شاهدوه، او نماذج وفق رؤيتهم الخاصة، وعند الشروع بعمل الحديقة المدرسية يقسم المشرف الأطفال الى مجموعات كأن تكون كل اثنين او كل ثلاثة، وهذا ما يقرره المشرف وفق واقع الحال، ولكن يفضل تلبية رغبات الأطفال بالعمل الذي ينوي القيام به مع توجيه وارشاد لما يتطلبه ذلك العمل فلو فرضنا ان عملا يحتاج إلى قدرة جسمانية وكان بعضهم يتميز بقدرته الجسمانية فيوجه او يرشد المشرف هؤلاء للقيام بالمهمة التي تحتاج الى هذه القدرة.

فيوزع العمل عليهم للتنظيف – البناء – الحرث – الزرع – المتابعة، ويمكن للمشرف ان يستغل هذه الانشطة لتعليمهم امورا تتعلق بالقراءة والكتابة والحساب كأن يطلب منهم كتابة كل مادة استخدمت في هذا المشروع وكل زرع، ثم يوضع في مكانه المخصص كما يمكن ان يستخدموا الأرقام لهذه المسميات التي استخدمت في هذا المجال، ثم يتابع هؤلاء الاطفال كيفية نمو المزروعات واحتياجاتها اليومية.

ان المشروع التعليمي قد يأخذ اياما واسابيع او شهور وقد يصل الى سنين وله فوائد كثيرة منها:

1- بناء علاقات اجتماعية فاعلة من خلال العمل الجماعي المتميز الذي يغرس حاله من الانتماء الى المجموعة ويشيع الحب والالفة والتعاون فيما بينهم.
2- للمشروع التعليمي فائدة علمية من خلال معرفة انشطة كثيرة تتعلق بجوانب حياتية يمكن ان تفتح الباب امام المعاقين عقليا لعمل مستقبلي وخاصة اذا كان هناك تعاون وادراك من قبل الأسرة كما يجري تعليمهم خلال المشروع القراءة والكتابة والحساب بطريقة مشوقة.
3- يقوم بأنشطة جسمية ويدوية وفكرية وهي مهمة في عملية البناء، وتعلم مهارات حركية مقبولة فضلا عن تأثيرها الايجابي في التطور الذهني.

4- يمكن ان يكون المشروع التعليمي متنفسا للمعاقين للتعبير عن ميولهم وقدراتهم الذاتية كعمل نماذج ورسم ونحت وخط وغيرها.

وعند تعلم المعاقين عقلياً المهارات الاكاديمية في اطار الصف يجب ان يعرف معلم التربية الخاصة التعليم الفردي Individual Instruction والذي يراعي تماما الفروق الفردية بينهم علما ان مدى هذه الفروق اوسع بكثير اذا ما قورنت بأقرانهم الاعتياديين فهو يسير وفق السرعة التي تتناسب وقدرات الطفل المعاق. وقد يحتاج احدهم إلى تعليم المهارات والمعارف التي تنقصهم والتي تكون معوقة لهم في السير الصحيح، أو قد يتأخذ المعلم من البرامج ما يتناسب والطفل المعاق، ويتسم التعليم الفردي بأنه مرن لا يتصف بالجمود والتقولب الأمر الذي يمكن تعديله وفق متطلبات الطفل المعاق. كما يدعو الى بناء علاقة ايجابية متميزة بين المعلم والطفل المعاق وما يشعر به الاخير من احترام وحب وتقدير وحرية اختيار .هذا يساعد على تلبية حاجاته، كما ان له مردود ايجابي على التكيف الاجتماعي والنفسي للطفل المعاق.

كما يتطلب من معلم التربية الخاصة الذي يقوم بتعليم الأطفال المعاقين ان يعرف أساليب تعديل السلوك، وهي طرق وأساليب فنية ناجحة استخدمت بشكل كبير جدا مع المعاقين عقليا واثبتت نجاحا كبيرا في تعليم مهارات اكاديمية وسلوكية ومهارية.

فيركز المعلم بشكل أساسي على التعزيز الموجب مستخدما كثيرا من المعززات المادية والمعنوية والاجتماعية والنشاطية وبما يتناسب وحالة الطفل المعاق من الناحية العمرية والاجتماعية والاقتصادية، ودرجة الاعاقة على ان تستخدم بشكل نظامي دقيق بعيدا عن العشوائية والتجريب.

كما أنه يستفيد من اسلوب النمذجة Modeling لتعليمه المهارات التعليمية والسلوكية. ويمكن ان يستغل المعلم اسلوب لعب الأدوار لمعالجة كثير من المشكلات السلوكية للأطفال المعاقين. وهذا ما لمسه الكاتب عند زياراته الميدانية

لبعض المدارس الخاصة للمعاقين عقليا عوقا بسيطا في بريطانيا خلال دراسته وهو اعطـاء دور نقـيض لما هو عليه فالطفل الذي يخاف يُعطى دور نقيض لذلك هو الشـجاع. والطفل الذي لا يتفاعل مع اقرانه يُعطى دور الطفل الاجتماعي المتفاعل مع الآخرين، وهكذا كما يجب ان يعرف معلم التربية الخاصة التشكيل كاسلوب من أسـاليب تعديـل السلوك والذي يجزأ المهمة التعليمية الى اجزاء تتناسب وقدرات الطفـل المعاق مجسدا التدرج من السهل الى الصعب. ولا ينتقل المعلم من خطوة الـى اخرى ألا بعد ان يتأكد تماما ان الطفل قد اتقنها. لذلك فإن أي خطوة من هذه الخطـوات ليست لها قدر ثابت من الزمن، ويجرى تعزيزه في كل خطوة من هذه الخطوات، او قد يكون التعزيز بعد تحقيق السلوك النهائي المستهدف وهذا ما يسمى بالتسلسـل Chaining الـذي يخـتلف عن التشكيل في كون التعزيز يأتي بعد اداء المهمـة ويسـتخدم مع الأساليب السابقة اسلوب الحث والتلاشي Prompting and Fading وهو اسلوب يعتمد على حث ودفع الطفل المعاق للاستجابة الصحيحة عن طريق الاشارات والايماءات والهمسات والتوجيه الجسدي او أي حركة مشجعة له علـى الاداء الصـحيح. أي نبعد الطفل قدر الامكان عن الفشل والاحباط فلو سأل المعلـم الطفـل المعـاق سـؤالا ولم يعرف يحثه بأشارة وهمسة وتوجيه جسدي للاسـتجابة الصـحيحة، وبعـد ان يـتأكد تماما من أداءه لها تأتي مرحلة التلاشي Fading وهو الابعاد التدريجي لكل المنبهات التي تساعد على الاستجابة الصحيحة فـاذا حـثه بأشارة وهمسة وتوجيه جسدي، يجعلها اثنتين اشارة وتوجيه جسدي ثم اشارة فقط ثم يحذف الاخيرة بعد ان يتأكد تماما من الاستجابة الصحيحة.

ان معـرفة المعلم لاساليب تعديل السلوك وما تحمل في طياتها من مراعاة للجانـب النفسي والاجتماعي تعطيه دفعا قويا في كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال بشـكل سـليم صـحيح ليبعدهم عن أي حالة من حالات الفشل والاحباط لان هذه الأساليب التي ذكرت سلفا تؤكد على جعل الطفل المعاق في وضع نفسي جيد. وهي

مهمة جدا في رفع دافعيتهم للعطاء والمشاركة الايجابية وغرز حالة من الانتماء الى الصف بشكل خاص والمؤسسة التعليمية بشكل عام.

ويجــب ان يعــرف معلم التربية الخاصة عند تعليمه هؤلاء الأطفال الدور المهــم والكبــير للوسائل التعليمية بمختلف اشكالها وانواعها. والتي تسهل عمليتي الــتعلم والتعليم من خلال استثارة المتعلم، وتنويع أساليب التعزيز التي تؤدي الى تحقيق التعلم المطلوب وتأكيده، كما انها تحمل في طياتها مراعاة للفروق الفردية.

ويمكــن ان يســتخدم أساليب أخرى لتحسين أو إطفاء السلوك المشكل أو إكســاب الســلوك المرغوب فيه مثل التعزيز التفاضلي بأنواعه والتعزيز الموجب والاطفــاء، والعقــاب والابعــاد وتكلفة الاستجابة والتصحيح المفرط. اضافة الى الأســاليب التــي تعــتمد على النظرية البافلوفية كأزالة التحسس التدريجي، العلاج بالافاضــة، الممارسة السلبية، وقد نتعرض الى هذه الأساليب خلال الفئات الخاصة الأخرى.

3

الفصل الثالث
الاعاقة السمعية

- مقدمة
- مم تتكون الاذن
- كيف يحدث السمع
- تعريف الصمم وضعاف البصر وتصنيفه
- الكشف عن الاعاقة السمعية
- أثر الاعاقة السمعية في الفرد
  - أثرها في الجانب اللغوي
  - أثرها في الجانب العقلي
  - أثرها في الجانب الاجتماعي والانفعالي
  - أثرها في الجانب الاكاديمي
- تعليم المعاقين سمعياً
- طرق التواصل
  - التواصل الشفهي
  - التواصل اليدوي
  - التواصل الكلي

الاعاقة السمعية

مقدمة

تعـد الاعاقة السمعية ظاهرة قديمة حديثة موجودة في كل بقاع العالم، فلم تكـن حكـرا على بلد دون آخر. ولكن في ذات الوقت، مدى انتشار هذه الظاهرة يخـتلف عبر الزمان والمكان حيث يمكن القول ان هذه الظاهرة تكون اكثر انتشارا في المجتمعات البدائية والمتخلفة قياسا بالبلدان المتحضرة لانها ترتبط ارتباطا وثيقا بدرجـة الوعـي. فتحدث كثير من هذه الاعاقة نتيجة لعدم وعي المرأة خلال فترة الحمل.

كمـا يمكـن القول أنه نتيجة للتطور العلمي والتقني والطبي، وتزايد وعي الانسان تجاوز كثير من الأسباب التي تؤدي إلى هذه الاعاقة.

ولقـد شهدت السنوات الأخيرة ازدياداً في عدد المعاقين سمعياً المتواجدين في المدارس العادية او مدارس التربية الخاصة، وهذا ليس مؤشراً على ازدياد هذه الاعاقـة، وانما هو دليل على ابتكار وتحسن طرق الكشف عن هذه الاعاقة فضلاً عن درجة وعي الاسر في الكشف المبكر، وعرض ابنائهم على المختصين ليتعرفوا تمامـا على سلامتهم، لأنهم ادركوا اكثر من ذي قبل أهمية هذه الحاسة في التطور اللغوي والذهني والاجتماعي.

وقـد ادرك التربويون بشكل عام واخصائي التربية الخاصة دور المعلم في عملـية التشـخيص والـتدخل المـبكر لمعرفة حالات الضعف السمعي من خلال الاختبارات الطبية والتربوية وخاصة في مرحلة الروضة والتمهيدي، لانه كلما كان اصـلاح العـيوب السـمعية مبكرا كلما كان له بالغ الأثر في تطور الطفل اللغوي والكلامي.

وفـي هـذا الصـدد، لابد من الإشارة الى احدى نظريات نشأة اللغة وهي الـنظرية التوليدية التحويلية لتشومكي Chomisky الذي يعتقد ان اللغة قدرة فطرية

مخلوقة لدى الانسان وهي خاصية انسانية، وهذه القدرة قد تغمر بعد سن السادسة، وقد تختفي نهائياً بعد سن البلوغ.

لذلك لا يستطيع الطفل بعد هذه الفترة تعلم اللغة بأصولها وقواعدها. وخير دليل على ذلك الطفل فكتور الذي وجد في غابة أفيرون الذي كان يمشي على اربعة، ويصرخ كالكلاب، ويأكل أكلهم. لم يستطيع إيتارد تعليمه اللغة والقراءة حيث كان عمره آنذاك عشر سنوات، وهذا ما يؤيد نظرية تشومسكي.

لذلك فان التشخيص المبكر وعلاجه يعتبر في غاية الاهمية للطفل الذي يعاني من مشاكل سمعية.

مم تتكون الأذن

تتكون الأذن من ثلاثة أجزاء رئيسية هي:

1- الأذن الخارجية The Outer Ear

تتكون الاذن الخارجية من:

أ- الصيوان (Auricle) وهو الجزء الخارجي الظاهر الغضروفي المفلطح الشكل وظيفته استقبال التموجات الصوتية، وتوجيهها عبر القناة السمعية والتي تنتهي بغشاء رقيق يسمى الطبلة.

ب- القناة السمعية الخارجية (External Auditory Canal) يوجد في القناة السمعية الخارجية مادة الصملاخ المكون من مادة دهنية تفرز شحفا طرياً يمنع التشقق والجفاف لغشاء الطبلة. واذا ازدادت كمية الصملاخ في الأذن فهي تؤدي الى ضعف سمعي مؤقت.

جـ- الطبلة (Tympanic membrane) أو (Eardrum) وهو غشاء رقيق جلدي من الظاهر ومخاطي من الداخل، يسد النهاية الداخلية لمجري السمع ويفصله عن الاذن الوسطى.

2- **الأذن الوسطى (The Middle Ear)** وتتكون من ثلاثة عظيمات هي :

أ- المطـــرقة (Malleus) احـــدى العظيمات الثلاث حيث ينطمر جزء منه في طبلة الاذن، أما الجزء الآخر فيتصل بالسندان من الرأس.

ب- الســـندان (Incus) احد العظيمات الثلاث التي تشترك في آلية السمع فيصل من جانب بالمطرقة ومن جانب آخر بالركاب.

جـــــ- الـــركاب (Stapes) احـــد العظـــيمات الثلاث التي تشترك في نقل الذبذبات الصـــوتية من طبلة الاذن الى النافذة البيضاوية، وتتصل قاعدة عظمة الركاب بالـــنافذة البيضـــاوية. وتوجد عضلة صغيرة متصلة بعظمة الركاب، تنقبض بطـــريقة أوتوماتيكـــية عندما تزداد شدة الصوت عن قوة تحمل الأذن الداخلية فتصـــل الاذن الوســـطى بالبلعوم عن طريق قناة تسمى قناة استاكيوس (بوق اســـتاكيوس) وظيفـــتها ايجاد التعادل بين الضغط الخارجي والضغط الداخلي الواقعين على طبلة الأذن.

3- **الأذن الداخلية (The Enner Ear)** وتتكون من ثلاثة أجزاء هي :

1- الدهلـــيز (Vistibule) وهـــو الـــذي يوصل ما بين القوقعة الحلزونية والقنوات الهلالية، ووظيفته هو توازن الجسم في الفراغ.

2- القوقعـــة (Cochlea) وهو الجزء الخارجي من الاذن الداخلية سميت بهذا الاسم لأنها تشبه من حيث الشكل غطاء الحلزون الذي يشكل دورتين ونصف مملوء بالسائل الغني بالبوتاسيوم والصوديوم، وللقوقعة فتحتان هما النافذة البيضاوية والنافذة الدائرية. يوجد فيها العصب السمعي المتكون من ألياف عصبية مهمته نقل الاحساس السمعي الى المراكز العليا في المخ.

3- القنوات شبه الهلالية (Semicircular Canals) وهي عبارة عن عقد ثلاث ذات تركيـــب عظمي نصف دائري يتخللها سائل وظيفتها المحافظة على التوازن، وتتصل هذه العقد بكل من القوقعة والدهليز، وخللها يؤدي إلى الدوار والدوخة والقصور السمعي.

والشكل الآتي يوضح ذلك

شكل (1) لأجزاء الأذن

كيف يحدث السمع

يحـــدث الصوت كنتيجة لاهتزاز أجسام مادية، وتكون هذه الاهتزازات في الهـــواء، يقـــوم الصـــيوان بجمعها، وتوجيهها الى الأذن عن طريق القناة السمعية الخارجـــية. ثـــم تصـــل هـــذه الموجات الصوتية الى طبلة الاذن التي تؤدي الى اهتزازها، ثم تنتقل هذه الحركة الاهتزازية أولاً الى المطرقة ثم السندان والركاب امـــا وظـــيفة هذه العظيمات الثلاث فهي تكبير الحركة الموجية، ونقلها إلى الأذن الداخلية محدثاً تيار في السائل الموجود في القوقعة يحرك الخلايا الشعرية الموجودة في عضو كورتي والتي تنشط النهايات العصبية، ينتقل التيار الكهربائي عن طريق العصب السمعي الى القشرة الدماغية الذي يقوم بمعالجتها ليكون معنى صوتياً.

تعريف الصمم وضعف السمع وتصنيفه

لا يخـــتلف اثـــنان على ان الاعاقة السمعية تؤثر سلباً في التطور اللغوي وعملية الاتصال الطبيعي، وهذا يرتبط بشكل أساسي بالتطور العقلي والشخصي.

وقـــد اختلفت التعريفات تبعا لتعدد المهتمين لهذه الظاهرة والأسباب الكثيرة المؤديـــة الـــى هـــذه الاعاقـــة، فالتعريف الطبي يؤكد على ما فقده الفرد من سمع باختـــبارات الســـمع حيـــث يعرف الاصم على انه من يفقد سمعا قدره 90 ديسيبل (وحدة صوتية) أو أكثر، والطفل الاصم هو الذي لا يستطيع السماع حتى لو استخدم مكبرات صوت أو معينات صوتية. أما الطفل ضعيف السمع فهو ما يقل عن 90 ديسيبل ويمكنه الاستفادة من مكبرات الصوت أو المعينات الصوتية.

امـــا التعريف التربوي للأصم فهو الطفل الذي لا يستطيع أن يكتسب اللغة سواءاً استخدم المعينات الصوتية أو بدونها لان حاسته السمعية لا تؤدي وظيفتها.

أما الضعيف السمع فهو الطفل الذي يستطيع ان يكتسب المعلومات اللغوية لوجود بقايا سمع وخاصة اذا استخدم المعينات الصوتية.

تصنيف الاعاقة السمعية:

هنالك عدة تصنيفات للاعاقة السمعية بعضها يعتمد على شدة الاصابة والاخر موقع الاصابة وثالثاً العمر عن الاصابة. فمثلاً تصنف منظمة الصحة العالمية الاعاقة السمعية حسب شدة أو درجة الخسران كما يشير إلى ذلك سويد[1] الى ما يلي:

1- الضعف السمعي الخفيف ويقع بين (26-40) ديسيبل.

2- الضعف السمعي المعتدل ويقع بين (41-55) ديسيبل.

3- الضعف السمعي معتدل الشدة ويقع بين (56-70) ديسيبل.

4- الضعف السمعي الشديد (Severe) وهو ما بين (71-90) ديسيبل.

5- الضعف السمعي العميق (Profound) وهو ما يزيد عن 91 ديسيبل.

6- فقدان السمع الكلي (الصمم الكلي).

وهناك تصنيف آخر يعتمد بشكل أساسي أسباب الاعاقة او موقع الاصابة وهي:

1- الاعاقة السمعية التوصيلية Conductive Hearing Loss وتتعلق هذه الاعاقة بشكل أساسي بالأذن الخارجية (وتشمل الصيوان والقناة التي تنتهي بالطبلة) والإذن الوسطى (تجويف عظمي متكون من ثلاث عظيمات هي المطرقة والركاب والسندان متصلة بغشاء رقيق) ، وان أي خلل فيها قد يعرقل وصول الموجات الصوتية الى الاذن الداخلية مما قد يسبب عطلاً في السمع، وتكون الاعاقة في أغلب الأحيان مؤقتة، ويمكن معالجتها طبيا او قد تعالج بالمعينات الطبية.

(1) سويد، عبد الله، ودقدق، علي مصطفى (1987) رعاية الطفل المعاق سمعياً، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الثالث للاسرة، ليبيا، طبرق.

وقــد تســد الاذن عن طريق الوذق (wax) أو بسبب عيب في التكوين، وربما حــدث خلل في الطبلة، او حركة العظيمات الثلاث في الاذن الوسطى، وربما يكون الخلل في قناة اوستاكي التي تصل الأنف بالأذن.

2- الاعاقــة الســمعية – الحســية العصبية Sensorineural Hearing Loss ويكون العطــل في الاذن الداخلية اما في العصب السمعي المسؤول عن نقل الصوت الــى مراكــز السمع في المخ، أو الاذن الداخلية المتكونة من القنوات الهلالية والدهلــيز والقوقعة. ويكون العطل في هذا الحال دائما وقد لا تجدى استخدام المعينات السمعية.

وقد توصل العلم الحديث حالياً الى معالجة بعض عيوب الاذن الداخلية كزراعة القوقعة الحلزونية الاصطناعية التي يمكن ان ترجع للفرد القدرة على السمع.

3- الصــمم المركزي Central Deafness ويحدث الخلل في هذا النوع من الاعاقة في المخ بحيث لا تشكل الاصوات للفرد أي دلالة وغير مفهومة. واحيانا يعود سبب ذلك إلى حالات نفسية او اضطرابات في اللغة والكلام.

أمــا التصنيف الذي يعتمد العمر عند الاصابة فيصنف الاعاقة السمعية الى قسمين:

1- الصــمم مــا قبل اللغوي (Prelingual Deafness) وهو الصمم الذي يحدث قبل اكتســاب اللغة والكلام أي ذلك الصمم الذي يحدث منذ الولادة او بفترة يسبق تعلم اللغة والكلام أي قبل عمر ثلاث سنوات.

2- الصــمم ما بعد اللغوي (Postlingual Deafness) وهو الصمم الذي يحدث بعد تعلم الطفل اللغة والكلام.

ويؤخذ على هذا التصنيف بأنه لا يغطي ضعاف السمع وانما هو مقتصر فقط علىا الصمم، بينما غطى التصنيفان السابقان جميع درجات الاعاقة السمعية.

أسباب الاعاقة السمعية

هنالك اسباب كثيرة يمكن أن تسبب الاعاقة السمعية وتشمل:

أ- اسباب ما قبل الولادة وهي عديدة اشهرها هي:

1- اصـــابة الأم بالحصـــبة الالمانية خلال فترة الحمل وخاصة في الاشهر الثلاثة الاولى.

2- ســـوء تغذيـــة الام خلال فترة الحمل الأمر الذي يؤثر في الجنين بحيث يكون وزنـــه اقل من العادي بكثير مما يسبب اعاقات مختلفة قد يكون احدها الاعاقة السمعية.

3- اختلاف عامل (RH) حيث تشير الدراسات كما سبق ذكره ان (86%) من بين البشـــر يحملـــون هذا المكون ويطلق عليه (+RH) و (14%) لا يحملون هذا المكـــون ويطلق عليه (-RH) وعندما يكون دم الاب (+RH) ودم الام (-RH) واخذ الطفل دم ابيه، قد يؤدي الى حدوث اعاقات وخاصة في الوليد الثاني اذا لم تعالج وتكون احدهما الاعاقة السمعية.

4- اصابة الام بالامراض الزهرية قبل واثناء الولادة.

5- نقـــص الاوكســـجين الواصل الى الجنين خلال فترة الحمل واثناء الولادة مما يؤدي الى تلف الخلايا وقد يكون منها المسؤولة عن السمع.

6- تعاطي الام العقاقير كالمضادات الحيوية والتي تؤثر احيانا في الخلايا المسؤولة عـــن الســـمع وخاصة تلك التي تنتهي بمايسين (Mycin) التي تصيب الخلايا القوقعية وقد حدثت كثيراً في مجال الاعاقة السمعية نتيجة لعدم الوعي الكافي للمرأة.

7- تصلب عظيمات السمع (Otoslerosis)

أسباب ما بعد الولادة

1- اصابة الطفل بالحصبة الالمانية قد تسبب الاعاقة السمعية.

2- اصابة الطفل بالتهاب السحايا الذي يؤثر في الاذن الداخلية او الغدة النخامية.

3- الحمى القرمزية.

4- الاصوات او المتفرقات العالية والمستمرة قد تؤثر سلباً في الاذن الوسطى.

5- الـــتهاب نخاع العظام والذي قد يؤثر سلباً في عظام الجمجمة المحيطة بالاذن الداخلية.

6- تعــرض الطفــل الى الاصابات والحوادث التي تصيب الأجزاء المسؤولة عن السمع في الدماغ.

7- الاصابة بالنكاف.

8- ارتفاع درجة الحرارة.

9- تكون المادة الصمغية.

10- ثقب الطبلة .

وهــناك تصنيف آخر لاسباب الاعاقة السمعية الذي يعتمد مكان الاصابة فالأسباب المــتعلقة بــالاذن الخارجية والوسطى والذي يطلق عليه الفقدان السمعي التوصيلي كالالــتهاب والاورام التـــي تصيب الاجزاء الخارجية والوسطى التي تعيق وصول الموجــات الصوتية الى الاذن الداخلية كتكدس المادة الصمغية، ثقب الطبلة، تصلب العظيمات الثلاث، التهاب قناة إستاكيوس، تشوه الصيوان، عدم وجود القناة السمعية وهــناك أســباب تؤدي إلى الاعاقة الحس عصبية في الاذن الداخلية كاصأبة الام بالحصــبة الالمانــية، ونقص الاوكسجين، الالتهاب السحائي، التهاب الغدد النكفية، عدم توافق الدم.

الكشف عن الاعاقة السمعية

ان الكشف عن فقدان السمع في الأشهر الأولى تكون صعبة جداً. وبالرغم من ذلك فان التشخيص المبكر يساعد على معالجة الأمر في حالة وجود امكانية لذلك وفق الأسباب التي أدت الى الخلل.

وقد يمكن التعرف على السمع الطبيعي للطفل من خلال بعض المؤشرات على سبيل المثال يفترض ان يجفل الطفل عند سماعة الأصوات العالية المفاجئة في الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الطفل.

كما يفترض ان يدير رأسه باحثاً عن مصدر الصوت خلال الثلاثة التالية من (3-6) أشهر ، ويفترض كذلك أن يستجيب عند مناداته بأسمه في عمر (6-10) أشهر.

وينصح المختصون في هذا الجانب ان يجري الفحص عن فقدان السمع ما بين الشهر الثامن والشهر العاشر من العمر وذلك لأن الطفل العادي في هذا العمر يستجيب لمثيرات متنوعة تتعلق بالجانب السمعي عند سماعه صوتا معين من مكان ما، يحس بوقع اقدام، أو يسمع صوت لعبة، أو طفلاً آخر حيث يلتفت إلى مصدر الصوت.

بينما الطفل غير الاعتيادي سمعيا لا يستجيب للمثيرات الصوتية أياً كانت هذه المثيرات فضلا عن تأخره بنطق الكلمات. وتوجد عدة اختبارات لقياس القدرة السمعية تبدأ بالبسيط التي يمكن ان يستخدمها أي انسان اعتيادي وتنتهي بالاجهزة التي لا يمكن ان يستخدمها الا المختص.

فقد يستخدم مع الوليد الشوكة الرنانة، او ملعقة صغيرة يدق بها قدح من الزجاج دقات بطيئة، وينظر الى استجابة الوليد هل يوجه نظره الى مصدر الصوت. نتحكم بالصوت لمعرفة قدرة الوليد السمعية بالابتعاد والاقتراب من الطفل، وهي طريقة يمكن لأي شخص اعتيادي استخدامها.

كذلـــك يمكـــن للانسان الاعتيادي كالأب أو الأم ان يستخدم اختبار الهمس المتمثلة بالهمس بأحدى اذني الطفل دون أن يرى شفتيك وتطلب منه الاعادة سواء كان ذلك بكلمات او حروف أو أرقام ثم تكرر الحالة مع الاذن الثانية.

وهـــناك طريقة أخرى هي ان نضع الطفل على مسافة معينة واحدى اذنيه مـــتوجهة نحـــو الشخص المختبر، وتقفل الاذن الثانية بأحكام عن طريق قطعة من القطـــن أو المطـــاط. يتكلم الفاحص الكلام العادي على بعد 20 قدم بصوت عادي وهـــي المســـافة التـــي يسمع منها الفرد السامع، وعندما لا يسمع نقربه قدماً قدماً لنستطيع ان نتعرف على درجة سمعه، فاذا سمع على بعد 12 قدم حصل على $\frac{12}{20}$ وعندما يسمع على بعد 7 أقدام يحصل على $\frac{7}{20}$ وهكذا..

ومن الطرق الحديثة التي يمكن ان تقيس القدرة السمعية بشكل دقيق والتي يمكـــن اســـتخدامها مـــع الأطفـــال الذين يزيد اعمارهم عن ثلاث سنوات بجهاز الاوديومـــتر طـــريقة قياس القدرة السمعية للنغمات الصافية (النقية) (Pure Tone Audiometry) لمعـــرفة عتبة السمع (Hearing Threshold) حيث يستخدم اخصائي قـــياس الســـمع نغمات بمستوى حدة صوت مختلفة، وترددات مختلفة، وتقاس شدة (حـــدة) السمع بالدسيبل من صفر-110 ونقطة الصفر هي اصغر درجة يمكن ان تستثير المفحوص. أما التردد (Frequency) فيتراوح ما بين 125-8000 دورة في الثانية الواحدة.

وهي من الطرق المستخدمة في كثير من مراكز الصم وضعاف السمع التي زرتها تســـتخدم اما سماعة للتوصيل الهوائي لمعرفة اعضاء التوصيل في الأذن الخارجية والوســـطى، او الفحـــص العظمي من خلال وضع قطعة على الرأس لمعرفة عمل الاذن الداخلية الحس عصبية. ويقوم الاخصائي بفحص كل إذن على حدة.

وهـــناك طـــريقة تســـمى طريقة إدراك الكلام والتي يمكن ان يتعرف من خلالها اخصـــائي الســـمع علـــى عتبة السمع، وهي الشدة التي يستطيع ان يستقبلها الطفل

ويفهمهـــا. يتم ذلك من خلال اصوات كلامية مسجلة على أدوات تسجيل وبذبذبات وشـــدة مـــتدرجة، ويطلب من المفحوص ان يعبر عن مدى سماعه هذه الأصوات واعادتها.

ومـــن أشـــهر الاختبارات التي استخدمت مع ضعاف السمع (Partially Herning) لقـــياس القـــدرة على التمييز السمعي وهو اختبار رسمي مقنن مقياس (Wepman Auditory Discrimination Test) الـــذي يصـــلح لاعمـــار ما بين (5-8) سنوات ويتميز بسهولة تطبيقه وتصحيحه.

يهـــدف هـــذا المقـــياس الى قياس قدرة الفرد على التمييز السمعي الدقيق بين أربع مجموعات من المفردات المختلفة والمتشابهة، والذي يتكون من:

1- (13) زوجاً من المفردات تختلف كل واحدة عن الثانية في الحرف الأول.
2- (13) زوجاً من المفردات تختلف واحدة عن الثانية في الحرف الاخير.
3- (4) ازواج تختلف واحدة عن الثانية في الحرف الوسط.
4- (10) ازواج من المفردات المتشابهة لغرض تموية المفحوص.

يســـجل الفـــاحص اشـــارة (+) اذا كانت الإجابة صحيحة أو اشارة (-) اذا كانت الاجابة خاطئة. ويسجل علامة اذا كانت الاشارة (+)، وصفر اذا كانت الاشارة(-) تتراوح الدرجة التي يمكن ان يحصل عليها المفحوص من صفر- 30 علامة.

امـــا الاختـــبار الثانـــي فهـــو مقياس جولدمان - فريستو- ودكوك للتمييز السمعي (Goldman- Fristo – Woodcock Test of Auditory Discrimination) [1]

يهـــدف هـــذا المقـــياس قياس قدرة الفرد على التمييز السمعي بين مجموعات من المفـــردات المتشـــابهة مـــن حيـــث اللفظ، ويحتاج هذا المقياس الى 20-25 دقيقة لتطبيقه، اما تصحيحه فيستغرق ما بين (10-15) دقيقة .

(1) الزبيدي، محمد شكر (2001) تربية الأطفال الصم وضعاف السمع. ليبيا، طرابلس: دار النخلة، ص 41 .

يتكون المقياس من مجموعة من المفردات مرتبة على شكل سلسلات ، حيث تضم كل سلسلة اربع مفردات متشابهة من حيث اللفظ مثل Night, Bite, Write, Hight بالاضـــافة الـــى ذلـــك يضـــم المقياس كتيباً خاصاً مؤلفاً من مجموعة من الصور الموجـــودة في الكتيب مع المفردات التي يسمعها من الفاحص والتي تقدم له بشكل سلسلات.

أما الاختبار الثالث فهو مقياس ليداموود للادراك والفهم السمعي. يهدف هذا المقياس الـــى قياس مدى الفهم والتمييز السمعي للفرد، يتفرع المقياس الى أربعة اختبارات، كـــل اختبار فرعي يتكون من مجموعة من الفقرات، وكل فقرة تضم مجموعة من الأحـــرف الابجديـــة الانجليزية مرتبة ترتيباً خاصاً تبعاً للاختبار الفرعي، والمثال التالي يوضح ذلك

الاختبار الأول

1- (B – B – B) 2- (A – A – A) أحرف متشابهة

الاختبار الثاني

1- (T – M) 2- (Q – U) أحرف مختلفة وهكذا

ويضم المقياس أيضاً مجموعة من المكعبات بألوان مختلفة يصلح لاعمار ما بين (5 –15) سنة.

يقوم الفاحص بقراءة أحرف متماثلة (الفقرة الأولى من الاختبار الأول)

وعلى المفحوص اختيار ثلاثة مكعبات بلون واحد للتعبير عن دلالة تشابه الحروف، أو قـــراءة حرفيـــن مختلفيـــن (الفقـــرة الأولى من الاختبار الفرعي الثاني) وعلى المفحوص إختيار مكعبين مختلفين في اللون للدلالة على اختلاف الحروف وهكذا حتى نهاية الاختبار.

يعطي المفحوص علامة واحدة لكل استجابة صحيحة لكل فقرة من فقرات المقياس لتشكل في النهاية درجته الكلية في ذلك المقياس.

أثر الاعاقة السمعية في الفرد

للاعاقة السمعية تأثير في جوانب عدة سيجري توضيحها بشكل وافٍ

1- أثر الاعاقة السمعية في الجانب اللغوي

تؤثر الاعاقة السمعية بشكل كبير جداً في عرقلة النمو اللغوي للطفل الأمر الـذي يـنعكس سـلباً على مظاهر الاتصال بينه وبين أسرته وخاصة في سنواته الأولى. وان هذه المشكلة تتفاقم بعد فترة اكتساب اللغة أي تبدأ من السنة الثانية. ان الاعاقة السمعية للطفل تفقده كثير من المثيرات المهمة في التطور الذهني لان هناك علاقـة وثـيقة بيـن التطور اللغوي والتطور الذهني. وبطبيعة الحال كلما اشتدت الاعاقة السمعية كلما ازداد تأثيرها سلباً في النمو اللغوي.

فـالطفل مثلا لا يستلم تغذية راجعة من الوالدين في مرحلة البأبأة أو المناغاة، ولا الـتعزيز لان ذلـك يتوقف على استجابة الطفل للمثيرات السمعية التي لا يستطيع محاكاتها بشكل طبيعي كما هو الحال بالنسبة للطفل القادر على السمع.

كما أننا نعرف بشكل عام دور اللغة ومهارتها في القبول أو عدم القبول الاجتماعي إذ يمكن القول انه كلما كان متمكنا من اللغة كلما كان أقدر على الاتصال والتفاعل الاجتماعـي. لذلـك فان عدم اكتساب الطفل المعاق سمعياً اللغة سواء كان بشكل كامل أو بشكل جزئي سيفرز بظلاله السلبي على سماته الشخصية فيلجأ الى الجمود والانسحاب والعدوان.

وأرى ان هـناك فـرقاً بيـن الطفل الذي يولد اصماً والطفل الذي تصيبه الاعاقة السمعية في أوقات لاحقة إذ تكون تأثيرها من الناحية الانفعالية على الثاني أكثر من الأول لانـه عـرف قـيمة اللغة في التلاقي والاتصال والتعبير عن الذات بينما لم يعرف الاول ذلك.

إن التطور اللغوي في حالة الاعاقة السمعية الجزئية تعتمد على عوامل منها نوع ودرجة الاعاقة، عمر الطفل عند حدوث الاعاقة، وكيفية التعامل معه، وتهيئة ظروف صحية مشبعة بالمثيرات التي تشجع على تعديل واكتساب أكبر قدر ممكن

من اللغة، وهذه ترتبط بشكل أساسي بمستوى الوعي والمعرفة للوالدين اضافة الى الجانب الاجتماعي والاقتصادي.

وفي هذا السياق فقد لخص ريد (Reed) في الزبيدي [1] أهم العوامل التي تؤثر في تطور اللغة عند الطفل المعاق سمعياً وهي كما يأتي:

أ- العوامل المتعلقة بالطفل نفسه وأهمها:

1- سنة ظهور الاعاقة السمعية عند الطفل.

2- فترة اكتشاف الاعاقة السمعية.

3- نوع الاعاقة السمعية أصم أم ضعيف السمع.

4- شدة الاعاقة السمعية ضعف سمع شديد أو متوسط أو بسيط.

5- فاعلية استخدام المعينات السمعية.

6- سمات وخصائص شخصية الطفل.

7- قدرات الطفل العقلية.

8- تعــدد الاعاقــات عند الطفل كالاعاقة العقلية، فقدان البصر، الشلل المخي وغيرها الى جانب اعاقته السمعية.

ب- العوامل المتعلقة بالبيت وأهمها :

1- اوضاع البيت الاجتماعية كأنسجام الابوين والحالة الاقتصادية.

2- حالات الاعاقة السمعية بين افراد الاسرة.

3- القدرة اللغوية عند الأسرة

4- حجم الاسرة

5- العلاقة بين الطفل المعاق سمعياً وبقية أفراد الأسرة.

6- الارشادات التربوية التي تتلقاها الاسرة من المختصين.

7- مدى التزام الاسرة بتنفيذ الارشادات.

(1) الزبيدي، محمد شكر، مصدر سابق، ص 50-51 .

8- صحة الابوين.

9- التوافق الاجتماعي والاتزان العاطفي لافراد الاسرة.

جـ- العوامل المتعلقة ببيئة الطفل خارج البيت وأهمها:

1- نوع المدرسة التي يدرس بها الطفل هل هي خاصة بالمعاقين سمعياً أم اعتيادية ام فصول خاصة في المدارس العادية.

2- التأهيل العلمي والتربوي للمعلمين الذين يقومون بتعليم الأطفال المعاقين سمعياً.

3- علاقة الطفل بأقرانه في المدرسة والبيئة المحلية.

4- علاقة الطفل بمن هو اكبر سنا منه.

5- وسائل الاعلام المسموعة والمرئية والمقروءة.

ان العوامل السابقة الذكر يمكن ان تحسن أو تخمد التطور اللغوي للطفل فاذا كانت ايجابية فمن شأنها تنمية قدرات الطفل اللغوية، أما اذا كانت سلبية فهي تطفئ الجذوة التي يمتلكها الطفل.

ولابد من الاشارة اخيراً إلى اعتقاد خاطئ يتناوله كثير من الناس وهو ان الصمم يؤدي بشكل اوتوماتيكي الى عدم القدرة على الكلام، والرد على ذلك ان معظم المعاقين سمعياً لديهم بقايا سمع يمكن استغلالها بالرغم من ان الاعاقة السمعية، وخاصة الفقدان السمعي ذات الدرجات الشديدة هو معوق للنمو اللغوي الطبيعي لكن أكثر الافراد الصم يمكنهم تعلم بعض الفهم اللغوي، او القدرة على التكلم من خلال الرعاية والعناية والتدريب السمعي الصحيح في البيت أو المؤسسات ذات العلاقة.

أثر الاعاقة السمعية في الجانب العقلي

لقد تضاربت الآراء أو نتائج البحوث حول علاقة الاعاقة السمعية بالقدرات العقلــية فبعض الدراسات تشير إلى عدم وجود أثر للاعاقة السمعية في ذكاء الفرد. وقد أشار القريوتي والسرطاوي والصمادي [1] الى ما توصل اليه فرنون (Vernon) فــي Hewtt and Forness, 1984 الذي يعد من أشهر المهتمين في دراسته للاعاقة السمعية الى انه بعد مراجعته للدراسات المختلفة حول ذكاء المعاقين سمعياً استنتج عدم وجود أثر للاعاقة السمعية في ذكاء الفرد.

فــي حيــن توصــل بنتر وباترسون (Pinter and Paterson) [2] بتطبيقهما بينيه- ســيمون (الــذي عدلــه جودارد Goddard) على 18 طفلاً من الصم ان متوسط الذكــاء 63 وعــندما استبعدت حالات الاعاقة العقلية الواضحة بين هؤلاء الاطفال ارتفع متوسط نسبة الذكاء الى 73 .

وفــي هــذا السياق فقد طبقت ليفين (Levine) اختبار وكسلر بلفيو على (31) فتاة مراهقة من الصم. فكان متوسط ذكائهن في المقياس اللفظي هو 89.6 وهو أقل من المتوســط وبالرغم من ان دراسة بنتر وباترسون لا يعتد بها في البحث العلمي لقلة العينة. ولكن يمكن القول ان كثير من الاختبارات تعتمد على المهارات اللغوية، ولا يمكــن الاعتماد على هذه الاختبارات وخاصة تلك المشبعة باللفظية لذلك نقول في مجال التربية الخاصة ان اختبار وكسلر اصلح في اختبار المعاقين سمعياً من اختبار بينيه لاحتوائه على جانبين اللفظي والادائي.

لذلــك فان الدراسات التي قامت بها كلية جالوديت (Galloudet College) على عينة واسعة جداً شملت (19698) مفحوصاً من المعاقين سمعياً غالبيتهم من الصم تبين

---

(1) القريوتي، السرطاوي، الصمادي (1995)، مصدر سابق، ص 154 .

(2) الشيخ، عبد الغفار (1985) مصدر سابق، ص 156 .

ان مستوى ذكائهم الأدائي بلغ 100.38 أي لا يقل عن مستوى درجة الذكاء الادائية لأقرانهم السامعين (1)

من هنا يمكن القول ان الاختبارات غير اللفظية مثل اختبار رافن قد تتخطى عقبات اللغة. نرجع ونناقش الأمور بموضوعية فنبدأ القول ان جزءاً كبيراً من النمو العقلـــي والـــنمو اللغوي يكتمل في السنوات الخمس الأول فالطفل عندما يتعلم من خـــلال حاستين افضل من حاسة واحدة كما إنّ هناك علاقة وثيقة بين النمو اللغوي والنمو الذهني. يقول تشومسكي أن اللغة قدرة فطرية مخلوقة.

ويفترض أن تنمو هذه القدرة خلال السنوات الأولى والاّ قد تضمر. وهناك من جهة أخرى علاقة تفاعلية تبادلية بين اللغة والتفكير إذ يعتبر البعض اللغة للفكر كالارقام للحساب، ولا تتم عملية حسابية بلا أرقام وكذلك لا يمكن تصور فكر بدون الفاظ.

ومن هنا يمكن القول ان الاعاقة السمعية لها تأثير سلبي في نمو المهارات اللغويـــة، واللغـــة تؤثر في تعلم الفرد وتدريبه، لان التعليم والتدريب يكون افضل عندما تشترك به اكثر من حاسة والنتيجة التي اود استخلاصها مما سبق ان الاعاقة الســـمعية لا يمكـــن إلا أن تفـــرز بظلالها السلبي في الذكاء العام من خلال بعض الأنشـــطة التـــي تتطلب مهارات لغوية إذ ان كثيراً من المختصين يرون ان الذكاء لـــيس نمطاً واحداً وانما أنماط متعددة فهذا كاردنر Gardner (2) يرى ان الذكاء لا يقل عن نمائية انماط هي الذكاء اللفظي اللغوي، والذكاء المنطقي الرياضي والذكاء البصـــري المكاني، والذكاء الموسيقى الايقاعي، والذكاء الجسمي الحركي، والذكاء الاجتماعي، وذكاء التعرف على الذات، والذكاء المتعلق بالطبيعة.

فلـــو اخذنـــا بعـــض هذه الانماط كالذكاء اللفظي اللغوي، والذكاء المنطقي الرياضي والذكاء الموسيقي/ الايقاعي والذكاء الاجتماعي وهي جميعها تعتمد بشكل

(1) القريوتي، السرطاوي، الصمادي، مصدر سابق، ص 155 .

(2) Gardner, H (1993) Multi Intelligence: The Theory In Practice. NewYork: Wiley.

اساســي علــى اللغة هل يستطيع المعاق سمعياً ان يحصل على درجات في هذه الأنماط كما هو الحال بالنسبة للسامعين؟ الجواب بالتأكيد سيكون كلا.
ولكنــي اقــول في ذات الوقت ان الجانب الادائي للمعاق سمعياً ليس عادياً فحسب وانما قد يفوق اقرانه السامعين، وسأشير في الجانب الاكاديمي حال المعاقين سمعياً عـندما أتحـدث عـن المهارات التي تعتمد الأداء وبشكل خاص التناسق البصري الحركــي. وقــد يكــون اضافة الى قانون الاستعمال والاهمال نوعاً من التعويض للنقص اللغوي.

واخــيراً لابــد من الإشارة الى ان هناك اعتقاد خاطئ لدى الناس وهو ان الصمم يلازمة انخفاض في القدرة العقلية. وهذا ليس بصحيح إذ ان القابليات الذهنية للطفــل الاصم والطفل السامع لا تختلف وفقاً للحالة أي هي واحدة أو متقاربة عند الــولادة ولكــن قــد يكــون أداء الاصم ضعيفاً في بعض المهمات بسبب صعوبة التواصل مع الأفراد السامعين.

أثر الاعاقة السمعية في الجانب الاجتماعي والانفعالي

تعــد اللغـــة احــد الأشكال الأساسية للتواصل والتفاعل الاجتماعي إذ أن القصـــور اللغوي قد يؤثر سلباً في النضج الاجتماعي ابتداءاً من الأسرة الى البيئة المحلــية التي يعيش فيها ثم المدرسة. فهي التي تؤدي الى توثيق الصلة والاتصال البشــري بمختلف الإنشطة الاجتماعية والتكيف وفق متطلبات السلوك الاجتماعي المقبول. لذلك فان احد وظائف اللغة هي الوظيفة الاجتماعية بالاضافة الى الجانب الفكري حيث يمكن للفرد من خلال اللغة ان يترجم العمليات العقلية المتنوعة.
لذلــك يمكن القول أن ادائهم اجتماعياً اقل من أداء اقرانهم السامعين، كما أن قبولهم بشكل عام اقل من اقرانهم السامعين.
واذا اســتقرأنا الواقع الذي نعيش فيه فنحن نرى أن الطفل الذي يمتلك قدرة لغوية والـــذي يطلق عليه في لغتنا العامية (ملسون) اكثر قبولاً من الناحية الاجتماعية من

قرينة الاخر الاقل لغة وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة . فكيف الحال اذا قارنا بين المعاقين سمعياً واقرانهم السامعين.

والفـرد كائـن اجتماعـي يجب ان يتعامل مع من يريحه دون عناء والتعامل مع المعاقيـن سمعياً من حيث قصورهم اللغوي قد يجعل الآخر السامع يعاني من حالة التواصـل، فكلاهمـا لا يستطيع ان يفهم الثاني فهماً كاملاً مما يؤدي بكليهما الى الـتراجع عـن الثانـي. لذلك نجد ان المعاقين سمعياً وخاصة الصم ينسحبون من اقـرانهم السـامعين، وقد يتصفون بالعزل لكنهم وفي ذات الوقت يقتربون جداً من بعضهم البعض للغة المشتركة بينهما (لغة الاشارة) اضافة الى انهم يعانون من نفس المشكلة لذلك فهناك قول غالباً ما نردده وهو "شبيه الشيء منجذب اليه"

وقـد وجـدت خـلال زياراتي لدول عدة مجموعات من الصم معاً، وغالباً ما أجد المعاقين سمعياً في كليتي معاً يتجاذبون أطراف الحديث بمواضيع شتى.

ولابـد مـن ذكر ما سمعته من احد مدراء مراكز الصم والبكم والذي قضى فترة طويلـة في منصبه والذي يبين مدى العلاقة الحميمة بينهم. يقول اذا حدثت مشكلة في مدينة أخرى أياً كان بعدها للمعاقين سمعياً فيمكن حلها عن طريق معاقين سمعياً آخريـن فـي مدينة أخرى وللتوضيح لو حدثت مشكلة للمعاقين سمعياً في معان فيمكـن للمعاقيـن سمعياً في عمان أن يأخذوا وفداً منهم لفض النزاع وهو ما يشبه (الجاهه) ويكون تأثيرهم اكثر بكثير من أي شخص آخر أو مجموعة من الاشخاص السامعين مهما كان شأنهم.

ان العلاقة الوثيقة بين الجانب الاجتماعي والجانب الانفعالي تجعل كل منهما يصب فـي الثاني كما هو الحال بالاواني المستطرقة. فالمعاق سمعياً قد يعاني من الناحية الانفعالية لافتقاره اللغة التي تؤدي وظيفة نفسية تعبيرية ذاتية ومن خلالها يستطيع ان ينفس عن مشاعره واحاسيسه وانفعالاته.

لذلك فقد يؤدي به الحال إلى العزلة والانسحاب والشعور بالشك نتيجة لعدم فهمه ما يقـال والشـعور بنقص الثقة، وأمر طبيعي أن يؤدي ذلك الى الشعور بشكل عام

بمفهوم ذات منخفض. وقد يميل الى السلوك العدواني وخاصة الجسدي كتعبير عن الأنــة الداخلــية، وأكثر عرضه للاضطرابات النفسية من أقرانهم السامعين حيث ينتابهم احياناً سورة الغضب، والقلق، واللاتوازن في مواجهة المشكلات.

أثر الاعاقة السمعية في الجانب الأكاديمي

ان التحصـــيل القرائـــي يعتمد بشكل اساسي على اللغة، واللغة هو العامل الحســـم وبما أن المعاقين سمعياً يعانون من قصور في المهارات اللغوية. وان هذا القصــــور ســـيفرز بظلالـــه السلبي على تحصيلهم الاكاديمي وخاصة في القراءة والكتابة والحساب.

وقــد أشار كلهان وكوفمان [1] الى احدى الدراسات التي طبق فيها اختبار ســـتانفورد للتحصـــيل على عينة بلغت (6871) معاقاً سمعياً. وتوصلت الى وجود ضعف شديد في القدرة القرائية.

لذلـــك فـــان الكتاب المقرر للقراءة في المدارس العادية الذي يؤخذ بسنة دراسية واحدة، يؤخذ في مراكز المعاقين سمعياً بسنتين وهو إجراء رسمي يتبع في جميع مدارس ومؤسسات المعاقين سمعياً.

ولابــد من الاشارة الى ان الحال يختلف باختلاف درجة الاعاقة السمعية فضـــعاف السمع قد يختلفون عن الصم إذ يمكن لضعاف السمع وباستخدام المعينات الســـمعية التـــي ظهـــرت حديـــثاً والتي تسمى (الديجتال) ان يواصلوا مع أقرانهم الاعتياديين تحصيلهم الدراسي مع رعاية تتناسب درجة اعاقتهم في البيت والمدرسة ولكـــن قد يتعرض المعاقون سمعياً إلى احباطات في المؤسسات التعليمية وخاصة تلـــك الاعاقات البسيطة وخاصة عندما لا يدرك المعلم ضعف سمعة. ويصدف ان يكـــون مقعـــده الاخير، وقد يسأله المعلم ولا يعرف الاجابة بسبب ضعفه السمعي وليس لعدم الفهم الحقيقي، وقد يعاقبه على ذلك. وقد لا يستطيع الطفل الافصاح عن

(1) Hallahan, D and Kauffman, J. (2003).

وضعه لذلك يكون وقع العقاب شديداً، وقد يتكرر الحال الأمر الذي يؤدي أحياناً الى الاضـطراب النفسـي، وقد يسبب هروب الطفل في المدرسة، وقد يكون ذلك بداية الانحراف.

وقد يتعرض الأطفال ذوو الاعاقة السمعية الضعيفة الى معلمين لا يمتلكون الحس التربوي والانساني بحيث يكون موقفه من هؤلاء الأطفال سلبياً، ونحن نعرف كتربويين ان العلاقة بين المعلم والمتعلم علاقة تفاعلية، وقد يتأثر موقفه من المتعلم بمدى تحصيله الدراسي وهناك احتمالية عالية ان تكون نظرة المعلم الى مثل هؤلاء الاطفـال لا ترقى ان تكون بمستوى اقرانهم الاعتياديين الاخرين الامر الذي يؤدي الـى شـعورهم احياناً بالدونية مما ينعكس بشكل سلبي على رؤيتهم لأنفسهم لان المعلم من المتغيرات الأساسية التي تساهم في تشكيل مفهوم الذات لدى الأطفال.

وهـناك متغيرات اخرى قد تؤثر في تحصيل المعاقين سمعياً هي المستوى الثقافـي للوالديـن الـذي لـه الأثر في مدى التعاون والدعم المقدم للابناء، الحالة الاقتصـادية والاجتماعـية، القدرات العقلية للمعاق، الفترة الزمنية التي حدثت فيها الاعاقة هل هي ولادية أو مكتسبة .

ولابد من الاشارة الى نقطة مهمة وهي ما توصلت اليه من خلال زياراتي الميدانـية لمراكـز الصم وضعاف السمع في أكثر من بلد، وهي ان خط المعاقين سمعياً بشكل عام افضل من اقرانهم السامعين الذين هم بنفس الصف الدراسي، وقد يعـود ذلـك في تقديري الى انهم أكثر نضجاً من اقرانهم في الصفوف ذاتها لانهم اكبر سناً منهم، وأن النضج يكون واحداً للجميع أي لا يتأثر كثير بالتعلم والتدريب كمـا ان استخدام الايدي من خلال لغة الإشارة يجعلهم اكثر مهارة فيها من اقرانهم القادرين على السمع.

تعليم المعاقين سمعياً

يجب ان نفرق بادئ ذي بدء بين فئتين، الأطفال الصم (Deaf) الذين لا يستطيعون بشكل عام تعلم اللغة المنطوقة، والأطفال ضعاف السمع (Partially Hearing) الذين يستطيعون تعلمها.

أما الأطفال الصم فيجرى تعليمهم في مدارس خاصة بطرق تعليمية مبتكرة خاصة بهم بوسائل صورية (شكلية) وتدريبهم على الكلام، وقراءة الشفاه، واستخدام أجهزة تكبير الصوت لمن له فضله بسيطة من السمع.

أما ضعاف السمع فيمكن تعليمهم في المدارس العادية أما من خلال دمجهم مع أقرانهم الاعتياديين وخاصة هؤلاء الذين تكون درجة فقدانهم بسيطة إذ يمكن أن تجعلهم المعينات السمعية الحديثة والمسماة (بالديجتال) يتعلمون بشكل طبيعي مع الاعتياديين برعاية بسيطة من قبل المؤسسة التعليمية وبشكل خاص المعلم. ويمكن وضع بعضهم في صفوف خاصة ضمن المدرسة العادية، وتكون الرعاية المقدمة في هذه الصفوف اكثر من وضعهم في صفوف عادية، ويجري تعليمهم وتدريبهم من قبل معلم تربية خاصة أو اختصاصي علاج نطق وكلام.

ان الاتجاه التربوي الحديث الأكثر قبولاً المتعلق بضعاف السمع هو ان يجري تعليمهم في صفوف خاصة ضمن المدارس العادية لان ذلك يفسح المجال كبيراً للاتصال بأقرانهم الاعتياديين، والاستفادة منهم في اكتساب اللغة، ويكون الجو مشبعاً بالمثيرات التي لها تأثير ايجابي في تطورهم الذهني واللغوي. بينما اذا وضعوا في مدارس خاصة للصم فأنهم سيستخدمون لغتهم (لغة الإشارة) دون استخدام اللغة المنطوقة لان اختلاطهم سيكون محصوراً بينهم وبين اقرانهم الصم والمعلمين والعاملين معهم، لذلك تكون فرص استخدام اللغة المنطوقة محدودة.

لذلك يمكن حوصلة الأطر التربوية للمعاقين سمعياً كالآتي:

1- مراكز الاقامة الداخلية.

2- المدارس (المراكز) النهارية الخاصة.

3- الصفوف الخاصة ضمن المدارس العادية.

4- الصفوف العادية ضمن المدارس العادية.

أن مراكز الاقامة الداخلية والمدارس النهارية الخاصة تمثل الفصل، وتكون اكثر تلائماً مع الصم مع ان الأول (مراكز الاقامة الداخلية) اكثر تلاؤماً مع الأطفال الذيـــن يعيشون ظروفاً سيئة في البيت كعدم وجود الرعاية والعناية والحب والحنان او الوضع الاقتصادي المتدني، حجم الأسرة كبير والبيت ضيق لا يسعهم وغيرها.

أمـــا الصـــفوف الخاصـــة أو العادية ضمن المدارس العادية فتمثل الدمج والصـــفوف العاديـــة أكثر صعوبة من الصف الخاص لان الأول يحتاج الى قبول الآخريـــن (القادرين على السمع) والمعلمين وهي مسألة ليست بسيطة إذ يمثل هذا الـــنوع مـــن الدمـــج (الدمج الاجتماعي) وهو أصعب من الدمج الوظيفي أو الدمج المادي.

طرق التواصل مع المعاقين سمعياً

هنالك ثلاث طرق استخدمت مع المعاقين سمعيا هي:

أ- **الطـــريقة الشـــفهية:** وهـــي احـــدى طرق التواصل التي يمكن أن تستخدم مع المعاقيـــن ســـمعياً والتي تتضمن استخدام الكلمات المنطوقة من خلال استخدام البقايا السمعية التي تتطلب تدريبا سمعياً اضافة الى قراءة الشفاه.

تتضمن هذه الطريقة

1- التدريب السمعي (Auditory Training) : تعد استغلال البقايا السمعية ضرورة ملحـــة، ويمكن عن طريق التدريب السمعي استغلالها بشكل مثمر، كما تكون هذه الطـــريقة فاعلـــة مـــع ضعاف السمع البسيط والمتوسط، حيث يركز المعاق سمعياً بصرياً لكي يعي الأصوات ويميزها، ويحتاج الى انتباه وتركيز، ويفضل أن يكون التدريـــب بعـــيداً عن المشتتات، ويبدأ بشكل مبكر. ويمكن لأولياء الأمور حضور جلســـات التدريـــب السمعي التي يقوم بها اخصائي التدريب السمعي للوقوف على التدريـــبات الصوتية، ومواصلة ذلك في البيت. ان التدريب السمعي لا يحسن حدة

السمع وانما يدرب الطفل المعاق سمعياً على التركيز والانتباه، وتدريب الطفل على التميـيز بيـن وجود الصوت وعدمه، وتدريبه كذلك على تحديد مواقع الأصوات، وتميـيز الأصوات البيئية والكلامية ثم تدريبه على النطق من البسيط المألوف إلى الأصعب.

ب- قراءة الشفاه (Lip Reading) أو قراءة الكلام (Speech Reading)

تعرف طريقة قراءة الشفاه بأنها فن معرفة أفكار المتكلم بملاحظة حركات فمـه، وهـي عـبارة عن فهم أو ترجمة الرموز البصرية من خلال حركات الفم والشـفاه الصـادرة مـن المتكلم، ويمكن للمعاق بصرياً أن يستعين من الايماءات والتغيرات الوجهية التي تظهر على المتكلم. وقد يطلق على هذه الطريقة بالطريقة البصرية.

أما خطوات التدريب على قراءة الشفاه فهي: [1]

1- التدريب على النظر لوجه المتكلم.

2- التطلع للوجه ليجد طريقة لفهم تعبيرات الوجه.

3- فهم الفكرة من تعبيرات الوجه عن طريق:

أ. فهم الموقف

ب. تعبيرات الوجه

جـ. ما يظهر فقط على الشفاه من كلمة أو كلمات.

أمـا الخطوات التي يجب أن تؤخذ بنظر الاعتبار عند التدريب على قراءة الشفاه فهي :

1- يجب أن تكون تعبيرات وحركات الشفاه واضحة جداً، وان يسقط الضوء على وجـه المـتحدث حـتى تكون حركات الوجه والشفتين واضحة ليتسنى للطفل ملاحظتها بسهولة.

---

(1) الزبيدي، محمد شكر، مصدر سابق، ص 98 .

2- يجب أن تنطق الكلمات اثناء تطلع الطفل الى الوجه، ويفترض أن يكون الضوء مركزاً على المعلم.

3- يجب ان تستكلم العينان كما تتكلم الشفاه مظهراً اهتمامك بموضوع الحديث، وتجنب الالتفات إلى جهة أخرى أو تغطية الوجه.

4- يجب أن يكون الكلام بطيئاً قياساً بالكلام الاعتيادي على ان لا تغالي في النطق أو في حركات الشفاه او فتح الفم.

5- تبدأ من السهل الى الصعب باختيار الكلمات البسيطة بالنسبة للطفل من حيث اللفظ والمعنى.

6- يمكن تجزئة الكلمة الى مقاطع، ويعلم الطفل مقطع مقطع ثم يجمعها ليكون الكلمة بكاملها.

7- يفترض تعليم الطفل كلمة واحدة في الوقت الواحد مستخدمين في التدريب الأشياء المرغوب فيها بالنسبة للطفل كالدمى والالعاب.

ولابد من الإشارة الى ان بعض الحروف الحلقية مثل ع ، خ، الهاء، الهمزة، غ، خ لا تظهر على الشفتين، وهذا يتطلب من الاخصائي او المدرب ان يستخدم حركات اليد أمام الوجه لاعانة الطفل على تمييز هذه الأصوات الصعبة. والذي يسمى الكلام بالتلميحات (Cued Speech) .

ويفضل تعليم الأطفال قراءة الشفاه من خلال ربطها بالفعل أو الحدث فمثلاً تسد الباب وتقول للطفل (سدَّ) او يخرج طفل، ونقول خرج، أو يسقط شيئاً ما من المنضدة على الأرض وتقول (سقط) وهكذا.

ب- الطريقة اليدوية (Manual Method) والتي تتضمن:

1- لغة الإشارة (Sign Language) : هي أشهر الطرق استخداماً بين المعاقين سمعياً التي تعتمد على اليد أو الذراع للتعبير عن الأفكار والمفاهيم اضافة الى ما يستخدم معها من إيماءات وحركات وسكنات توضيحية، وهي وسيلة ملائمة للصغار الذين يفتقرون إلى المهارات اللغوية اللفظية. لا يوجد اتفاق على لغة

الإشـــارة فـــي جميع دول العالم فمثلاً عندما يضع يده على وجهه ليقصد يوم الاثنيـــن لانه عطلة الحلاقين، بينما تكون هذه الاشارة لتدل على يوم الاربعاء لانـــه عطلـــة الحلاقيـــن في البلد الآخر ، وعندما تضع اليد اليمنى على اليد اليسرى لتكون كاشارة (X) لتدل على يوم الثلاثاء وهو يوم زيارة المساجين قد يكـــون فـــي بلـــد آخر يوم الجمعة. فلغة الاشارة لها دلالات قد ترتبط بالبيئة المحلـــية المعاشـــة. وغالباً ما يستخدم الاشارات التي تدل على الاشياء بالبيئة المادية والاجتماعية، ولكن قد تكون هناك قواسم مشتركة.

وقـــد تكـــون الاشارات وصفية (مادية) كما هو الحال بالنسبة للطول والوجه وغير وصفية (غير مادية) كما هو الحال عندما نرفع السبابة والوسطى للدلالة علـــى النصـــر لذلـــك فان بعض الجامعات الغربية وخاصة بالولايات المتحدة اصدرت القواميس للاشارات في مجالات التعليم المختلفة.

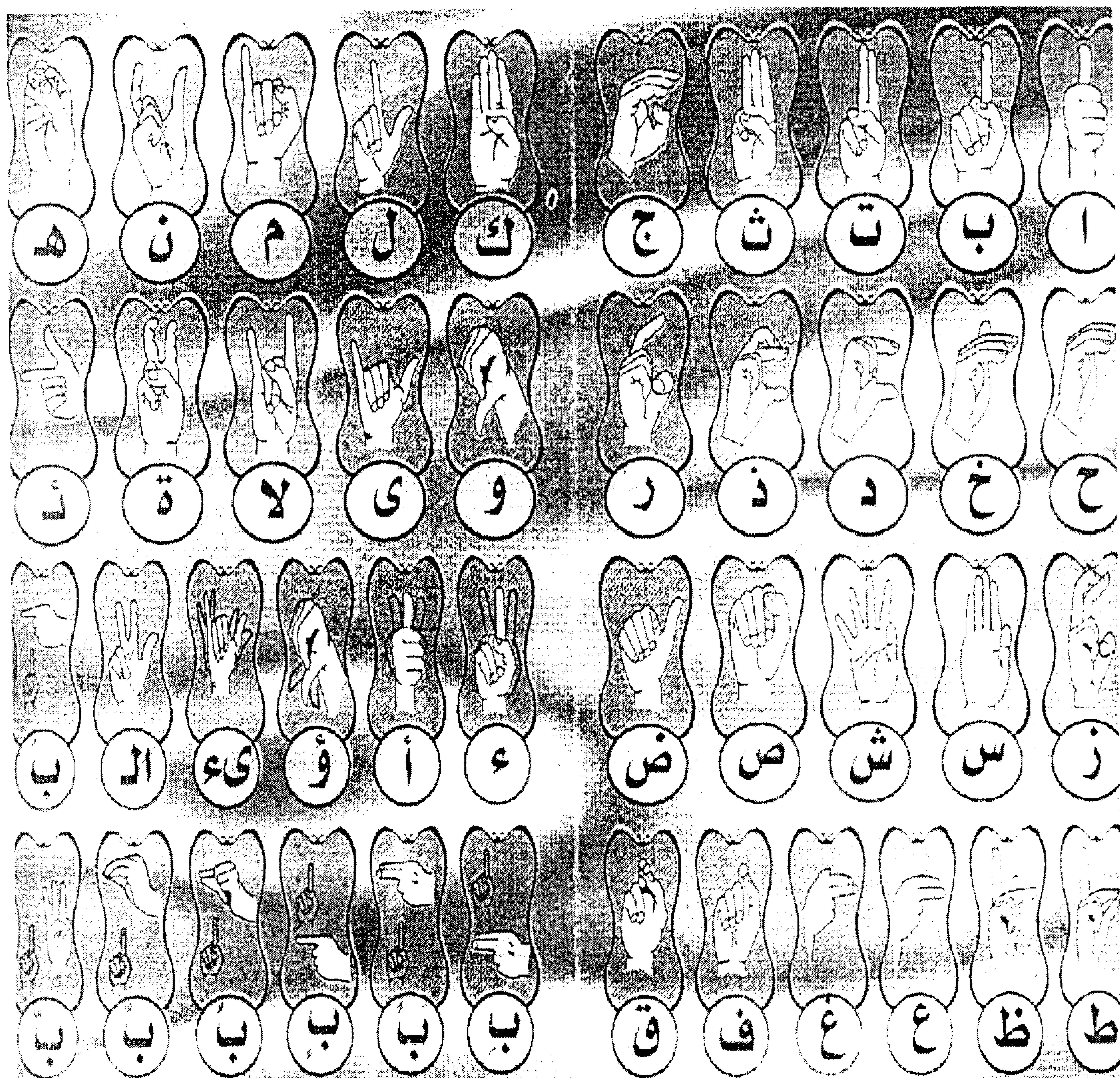
2- **التهجئة بالأصابع Finger Spelling** وهي الطريقة التي تستخدم نظام الأصابع وعملها بأشكال مختلفة وكل شكل يعني حرفاً من الحروف الهجائية، وقد تشكل اصـــابع الـــيد بحيث تعطي شكل الحرف الهجائي وتتميز بسهولة تعلمها، ولا تحتاج الى جهد عضلي للقيام بها. كما سيتوضح ذلك بشكل الحروف الهجائية.

ان هذه الطريقة تستخدم في مراكز ومؤسسات الصم وضعاف السمع لتهجئة الاســماء، ولا تســتخدم فـــي الحديث العام فكل معاق يذكر اسمه بطريقة التهجئة بالأصـــابع، وعندما أزورهم ولا يعرفون اسمي فهم يستخدمون لغة الإشارة للدلالة على كوني دكتور في الجامعة.

تستخدم اليد الأولى لتمثل الحروف الهجائية بينما تمثل الثانية للحركات.

والشكل (2) يوضح ذلك

شكل (2) يوضح لغة أصابع اليد (التهجئة بالأصابع)



جـ- التواصل الكلي (Total Communication)

أن لكـــل من الطريقتين السابقتين مساوئ وايجابيات ولكي نتجاوز السلبيات المتعلقة بالطريقتين السابقتين يصار إلى التواصل الكلي التي تشمل التواصل اليدوي واللفظـــي. ونوصـــي معلمي الصم ان يستخدموا الطريقة الكلية لما لها من مزايا، وأهمها تسهيل عملية التعلم عندما تستخدم مع صغار السن، وتزيد من انتباهه، كما أنهـــا اكـــثر وضـــوحاً بالنسبة للطفل. ان التواصل الكلي قد يفتح الباب أمام الطفل لاختـــيار مـــا يراه مناسباً بالنسبة له لانها تشمل الكلام، ولغة الاشارة، والتعبيرات الوجهـــية والجسمية والتهجئة بالأصابع. فهي بهذا تستجيب بشكل افضل لكل طفل ومـــا يتميز به من خصائص وسمات. ويفترض ان تتعلم الأسرة هذه الطريقة التي تشـــمل مهارات مختلفة من التواصل والتي تساعد أو تدفع الطفل على تحقيق النمو اللغوي قدر المستطاع.

4

الفصل الرابع
الاعاقة البصرية

- مقدمة
- أجزاء العين
- آلية البصر
- **ما هي الاعاقة البصرية**
- أسباب الاعاقة البصرية
- قياس وتشخيص الاعاقة البصرية
- أثر الاعاقة البصرية في الفرد
  - أثرها في الجانب العقلي
  - أثرها في الجانب الاجتماعي والانفعالي
  - أثرها في الجانب الحركي
  - أثرها في الجانب اللغوي
  - أثرها في الجانب الاكاديمي
- الحاجات الشخصية والتربوية للطفل الكفيف

الاعاقة البصرية

مقدمة

ان ظاهـــرة الاعاقة البصرية لم تكن وليدة الوقت الحاضر وانما هي مشكلة قديمة عانى منها الإنسان منذ قديم الزمان، ولعل هوميروس اليوناني صاحب اشهر ملحمـــة في التاريخ والتي كتب الالياذة لسبعة قرون قبل الميلاد خير دليل على ذلك لانه كان فاقداً للبصر. ولم تكن حكرا على مجتمع دون آخر أو حضارة دون أخرى أو جـــنس دون آخـــر، ولـــم تكـــن النظرة اليها واحدة عبر الزمان والمكان. ففي المجتمعات البدائية التي كانت تعتمد في العيش على الصيد والقنص، كان الاعمى لا قـــيمة له لأنـــه عالة عليهم لا يمكنه كسب قوته. فكانت النظرة تتسم بالدونية بينما كانوا في المجتمعات التي تعتمد على الرعي التي غالبا ما تنشب بينهم حروب، وقد يفقد بعضهم بصره نتيجة لها، وينظر الى هؤلاء نظرة احترام وتقدير وقد يضعونهم محل استشارة. أما في المجتمعات الزراعية فكانت تتسم بالعمل الجماعي والتعاون لذلـــك كـــان هـــناك تكـــافل اجتماعي فلم تكن النظرة الى المكفوفين نظرة ازدراء واحتقار.

وفـــي مجـــتمعات أخرى لم يجر تدريبهم أو توفير فرص عمل لهم، فكان بعضهم يلجأ إلى التسول وخاصة اذا لم يكن هناك من يعيلهم، وقد يستغل أحيانا من قـــبل بعـــض الأسر للتسول لتوفير سبل العيش الرخيص، ويمكن القول اجمالا ان النظرة الى المكفوفين عبر مختلف الصور وفي مختلف بقاع العالم لم تكن بمستوى النظرة الى اقرانهم الاعتياديين.

أجزاء العين

تتكون العين من ثلاث طبقات هي:

1- **الطبقة الخارجية** وتتضمن:

أ- القرنية (Cornea) وهي جزء شفاف يخلو من الأوعية الدموية تغطي القزحية وتحميها، وتحمي كذلك بؤبؤ العين (الحدقة) وظيفتها كسر الأشعة الضوئية لغرض تركيزها على الشبكية عبر الحجرة الامامية للعين.

ب- الصلبة (Sclera): وهو الجزء الأبيض الاملس الذي يحيط بالشكل الخارجي بالقزحية وظيفته الأساسية هي حماية الأجزاء الداخلية، يشكل النسبة الاكبر من الطبقة الخارجية حيث تزيد عن 80% منها.

2- **الطبقة الوسطى** وتتكون من:

أ- القزحية (Iris) وهي قرص ملون توجد بين القرنية من الامام والعدسة البلورية خلفاً وظيفتها ضبط مقدار الضوء الداخل الى الشبكية عن طريق التحكم بفتحة صغيرة تسمى بؤبؤ العين (الحدقة). ان كمية الصبغيات الملونة الموجودة في القزحية هي التي تشكل لون العين، فكلما زادت تغير لونها فتبدأ خضراء اذا كانت قليلة، ثم تصبح زرقاء وبعدها بنية إذا ازدادت هذه الكمية ومن ثم سوداء.

ب- الحدقة (Pupil) وهي فتحة صغيرة متوسط القزحية تتحكم في الضوء الداخل الى الشبكية من خلال التكيف مع الاشعة الضوئية فهي تتسع اذا كانت الاشعة الضوئية منعدمة أو قليلة، وتصغر اذا كانت الأشعة الضوئية عادية أو عالية.

جـ- العدسة (Lens) وهي جزء شفاف بلورية محدبة تقع خلف القزحية وأمام الجسم الزجاجي، تستقبل الاشعة الضوئية من القزحية وظيفتها الأساسية هي تجميع الأشعة وتركيزها على الشبكية.

د- الجسم الهدبي (Ciliary Body) يقع بين القزحية أماماً والمشيمة خلفاً، تغطية زوائد هدبية متكونة من صفين من الخلايا التي تحتوي على مكونات صبغية متعددة. أما وظيفته فهي افراز السائل المائي وتسهيل تصريفه.

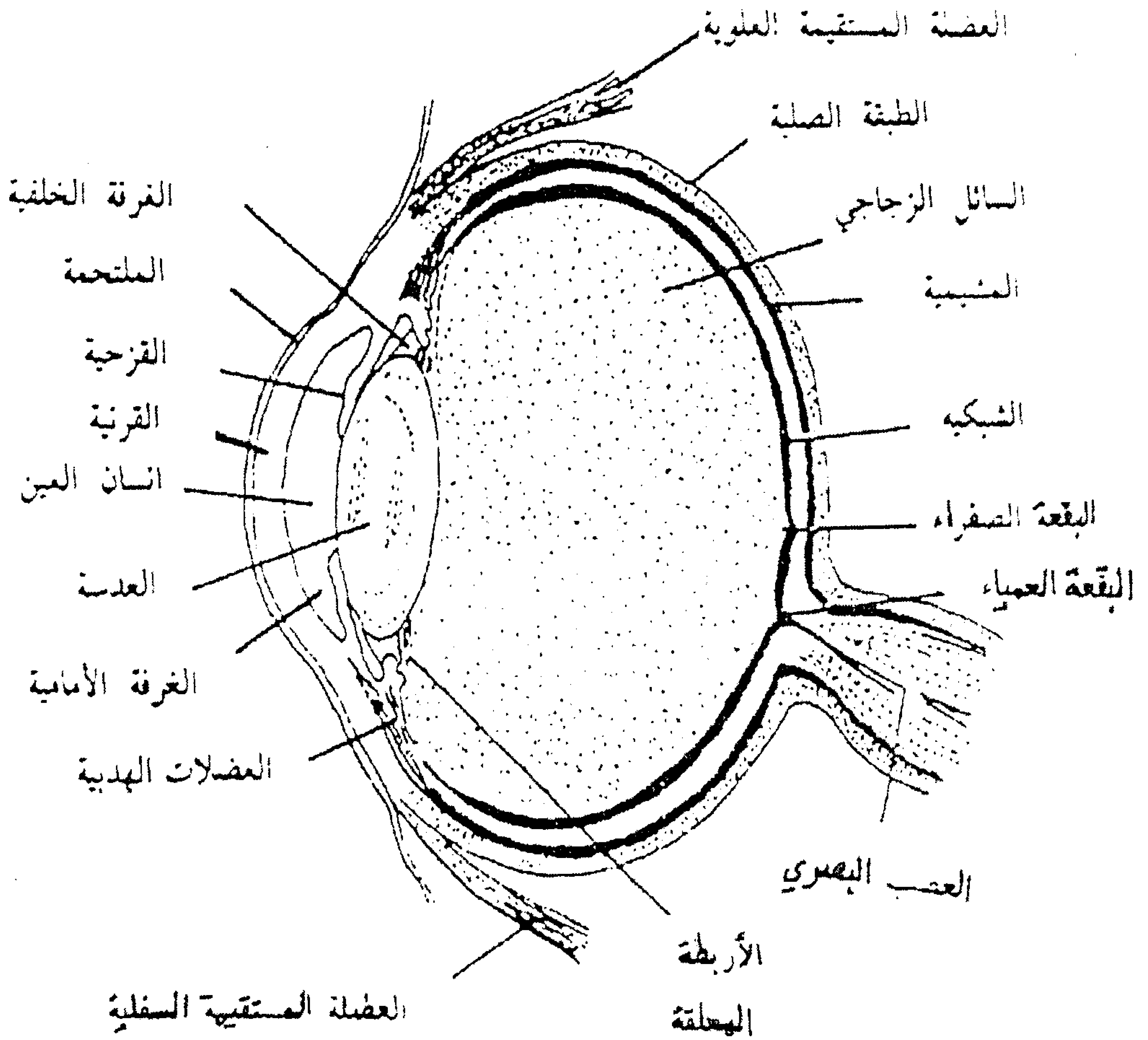
هـ- المشيمة (Choroid) طبقة تتميز بكثافة صبغاتها الملونة مما يؤدي إلى جعل باقي العين معتماً. تتكون من ألياف مرنة وأوعية دموية مرتبطة بعضها ببعض من خلال نسيج ضام تقع بين الصلبة في الظاهر والشبكية في الداخل.

3- الطبقة الداخلية : الشبكية (Retina)

وهي طبقة عصبية تتكون من عشر طبقات من الخلايا والألياف العصبية وفيها مستقبلات الضوء وهي المخاريط التي تكون مسؤوليتها الرؤية النهارية وعددها (7) ملايين والعصي التي تكون مسؤوليتها الرؤية الليلة وعددها حوالي (130) مليون . وظيفة الشبكية الأساسية هي تحويل الأشعة الضوئية الى نبضات عصبية لتنتقل عن طريق العصب البصري الى المراكز المخية المسؤولة عن البصر.

والشكل التالي يوضح ذلك

شكل (3) يبين أجزاء العين



آلية البصر

تقـــع الاشـــعة علـــى العين وأول من يستلمها هو القرنية التي تعمل على انكســـاره فيمر بالبؤبؤ الذي يتحكم في كمية الضوء الداخل الى العين، ثم تصل الى العدسة التي تعمل على تجميع الضوء وتركيزه على الشبكية عبر السائل الزجاجي الذي يساعد على انكسار الضوء وتمريره الى الشبكية.

تتكون الصور في الشبكية وتكون مختلفة في كل عين ثم تنتقل عن طريق الالياف العصبية الى العصب البصري الذي ينقلها الى المخ (الفص الخلفي) الذي يـــترجم هـــذه الشـــفرات الى إبصار من خلال دمج الصورتين لكلا العينين ليكون صورة واحدة.

ما هي الاعاقة البصرية

تشـــمل الاعاقـــة البصـــرية الكفـــيف وضعاف البصر ويعرف الكفيف هو الشـــخص الذي لا يزيد قوة ابصاره عن 6/ 60 وقسم آخر يستخدم 20/ 200 بعد التصحيح. وهذا هو التعريف القانوني للاعاقة البصرية.

أمـــا ضـــعاف البصـــر فهـــم الذيـــن تتراوح قوة الابصار عندهم ما بين $\frac{20}{70}-\frac{20}{200}$ في احسن العينين وباستخدام المعينات البصرية.

امـــا ما تعنيه النسب $\frac{6}{60}$ أو $\frac{20}{200}$ أي ان الفرد المعاق بصريا يمكنه رؤية الشـــيء على بعد 6 امتار وهذا الشيء يمكن ان يراه الاعتيادي على بعد 60 متر، كذلك الحال بالنسبة للنسبة الثانية أي ان الشيء الذي يراه المعاق بصريا على بعد 20م يراه الانسان المبصر على بعد 200م .

أمـــا الـــتعريف التربوي للكفيف هو الفرد الذي يستطيع القراءة والكتابة الا بطريقة برايل.

ويــرى هــنري Henry [1] أن الكفــيف هو الفرد الذي لا يستطيع ان يجد طــريقه بدون قيادة في بيئة غير معروفة لديه، أو من كانت قدرته على الابصار عديمــة القــيمة اقتصاديا، أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادي.

وقــد تكون الاعاقة البصرية في وظيفة او اكثر من وظائف البصر، ولكن اكثر الاعاقات شيوعاً هي تلك المتعلقة بالبصر المركزي والتكيف البصري وانكسار الضوء .

لذلــك فان الاعاقة البصرية وخاصة من الوجهة التربوية تحتاج إلى تربية خاصة إذ تتطلب تعديلات خاصة في أساليب التدريس والمناهج لكي يستطيع فاقدو البصر من مواكبة تحصيلهم الدراسي.

اما نسبة انتشار المعاقين بصريا، فانه يمكن القول ان الضعاف بصريا اكثر مــن المكفوفين وتختلف نسبتهم من دولة إلى أخرى تبعا لدرجة التطور والتحضر حيث تزداد نسبتهم في الدول غير المتطورة وغير المتحضرة، فهم في العالم الثالث أكثر من العالم المتمدن بكثير، كما تختلف النسبة في ذات الوقت داخل البلد الواحد لان مدن أي دولة لا تكون بنفس الدرجة من التقدم والتحضر.

أسباب الاعاقة البصرية

إنَّ أسباب الاعاقة البصرية عديدة منها ما يرجع الى أسباب جينية وراثية أو غــير جينية كتلك التي تسببها سوء التغذية، اصابة الام بالحصبة الالمانية وخاصة خــلال الأشــهر الــثلاثة الأولــى والامراض الزهرية، وتعرض الام لاشعة اكس وخاصة خلال الاشهر الثلاثة الاولى .

وقــد تكــون اســبابها بيئية عندما يصاب الفرد ببعض الأمراض المزمنة كالتراخوما والرمد المخاطي الصديدي وعمى النهر، والماء الازرق **(Glaucoma)**

(1) هنري، ب Henry.b حياة المكفوفين، ترجمة جمال بدران وآخرون. بيروت: دار النهضة العربية.

التي تسببه الزيادة الحادة في الضغط الداخلي في العين مما يحد من كمية الدم الذي يصـــل الـــى الشبكية، ويتلف الخلايا العصبية وتصيب الاولاد والراشدين، وتعالج جراحيا لدى الاطفال وبالعقاقير لدى الكبار.

أما الماء الابيض (Cataract) الذي غالبا ما يحدث للكبار، ويؤدي الى عدم القـــدرة علـــى الـــرؤية نتيجة للعتمة في عدسة العين وفقدان الشفافية. وقد يصاب الاطفـــال الصـــغار كذلك Congenital Cataract التي تؤثر في قدرة الطفل على رؤيـــة الاشـــياء البعـــيدة. يكـــون الماء الابيض نتيجة لعوامل وراثية او الحصبة الالمانـــية، وقـــد يكـــون لتقدم العمر أثراً في ذلك. أما اعراضها فهي عتمة العين والاحســـاس بغشاوة على العينين مما يؤدي بالفرد الى الرمش المتكرر، تعالج هذه الحالة جراحياً.

وقـــد تنفصـــل الشبكية Retinal Detachment عن جدار مقلة العين نتيجة ثقـــب فـــي الشـــبكية مما يؤدي إلى تجميع السائل الذي ينجم عنه في نهاية الأمر انفصـــال الشـــبكية عن الأجزاء التي تتصل به. ويعالج جراحيا عن طريق اغلاق الثقب واعادة ربط الشبكية بجدار مقلة العين.

إعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy)

وقـــد تحدث الاعاقة البصرية بسبب مرض السكر الذي يؤدي الى حدوث نزيف في الاوعية الدموية وعن ضمور العصب البصري. (1)

ويحـــدث نتيجة لزيادة نسبة السكر في الدم بسبب نقص هرمون الانسولين التـــي تفرزه غدة البنكرياس، وهذا الهرمون يساعد على امتصاص السكر في الدم، وهـــو المســـؤول عن احتراق الجلوكوز الذي يعد مصدر الطاقة للانسجة المختلفة للجسم. ان ذلك يؤدي الى نقص في كمية السكر اللازمة لخلايا الشبكية والذي يؤثر في تدهور تدريجي للقدرة البصرية للفرد.

(1) الخطيب، جمال محمد (1993) مصدر سابق ، ص24-25 .

الحول (Strabismus)

هنالك عضلات ست تتحكم بحركة العينين بشكل طبيعي، فاذا حدث خلل او ضعف في هذه العضلات سوف لن تتحرك العينان معاً بنفس الحركات، وقد يكون في احدى العينين أو في كلتا العينين، وقد يكون الحول الى الداخل وهو الحالة الأكثر شيوعاً وتسمى (Esolropia) وفي حالات قليلة تكون الى الخارج وتسمى (Exotropia). ان هذا الأمر قد يجعل الفرد يستخدم عيناً واحدة وقد يؤدي إلى ارهاقها والى كسل الثانية. ويمكن معالجة حول الاطفال عن طريق العدسات التصحيحية او قد تكون بالجراحة.

البهق (Albinism)

هو اضطراب ينتج عن خلل في البناء حيث تكون الصبغة قليلة او معدومة مما يؤدي الى عدم امتصاص الضوء عند وصوله الى الشبكية، ومن مظاهره الشعر الابيض والعينان زرقاوان، وحساسية مفرطة للضوء نتيجة شحوب القزحية، وعدم منعها للضوء الزائد من دخول العين مما يتطلب وبشكل ضروري استخدام النظارات الشمسية او الطبية.

يتميز هؤلاء بضعف البصر اذ تتراوح حدة البصر عندهم ما بين 20/70 - 20/200 وقد يرافقه طول النظر او قصر النظر أو حرج البصر او الرأرأة.

التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa)

وهو تلف يحدث للعصي والمخاريط بشكل تدريجي، يصيب الذكور اكثر من الاناث حيث يعاني الافراد المصابون بهذا المرض بالعشى الليلي، وفيه يضعف البصر بشكل تدريجي الى أن يصبح البصر نفقيا، وقد يرتبط بالوراثة لكنه قد يظهر بعد مرحلة متأخرة من العمر. وقد توصلت الولايات المتحدة الامريكية في الوقت الحالي الى علاج بعض الحالات لفاقدي البصري بسبب هذا المرض عن طريق زراعة الشبكية الصناعي من السيلوكوز ويكون سمكها نصف الورقة بينما تكون الشبكية الاصلية بسمك الورقة، وهذه تحفز بعض الخلايا التي يمكن ان تقوم بنقل

الضوء الى العصب البصري، ولكن يجب ان يتوفر شرطان للقيام بهذه العملية وهما ان يكون فقدان البصر ليس ولادياً والعصب البصري سليم.

التراخوما (Trachoma)

هــو مرض معدٍ يصيب الملتحمة يؤدي الى رهاب الضوء وزيادة الدمع قد يؤدي احياناً الى العمى، قد يكون نتيجة للاوساخ وقلة النظافة.

الرمد (Conjuntivitis)

ويسمى كذلك التهاب الملتحمة، يحدث في عين واحدة، أو في عينين، وهو على درجات منها الحاد ومنها المزمن نتيجة للجراثيم او التخدش بأجسام خارجية ليست في العين، يؤدي إلى افرازات قيحية مخاطية. ومن اعراض الرمد[1] احمرار العيــن والاحساس بوجود رمل تحت الجفن، الحكة، والافرازات، والتصاق الجفنين في الصباح بسبب هذه الافرازات. اما انواعه فهو الصديدي الذي يسببه الميكروبات والرمد الحبيبي الذي ينتج عن الفيروسات وتبدأ اعراضه بالدّماع والاحساس بوجود حـبات رمــل فــي العيــن والحكة والحرقة في العين. والرمد الربيعي وهو كثير الانتشار في الشرق الاوسط ويعالج بالنظارات الشمسية واستعمال قطرات .

وهــناك امراض اخرى مثل الرأرأة ، عمى الألوان، القصور في الانسجة، وضمور العصب البصري.

واخيرا قد تحدث الاعاقة البصرية بسبب الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الفرد وخاصة بالمناطق المسؤولة عن الابصار.

وهــناك عيوب تحدث عند كثير من الناس نتيجة للعوامل الوراثية والجهد المستمر في رؤية الأشياء الدقيقة. ومن هذه العيوب التي يكون علاجها بسيطا عن طريق المعينات البصرية وهي: [2]

(1) الحديدي، منى صبحي (1998) مقدمة في الاعاقة البصرية. عمان: دار الفكر.

(2) عبد الغفار والشيخ (1985) ، مصدر سابق، ص 132-133 .

1- طول النظر: تحدث عندما تكون كرة العين قصيرة من الامام الى الخلف، وأن أشعة الضوء التي تدخل العين تجمع الصورة خلف الشبكية، وفي هذه الحالة لا يستطيع الفرد رؤية الاشياء القريبة، وقد تسبب رؤيتها اجهادا للعين، ويمكن تصحيح هذا العيب عن طريق عدسة محدبة الوجهين التي تعمل على تجميع الصورة على الشبكية.

2- قصر النظر: وتكون كرة العين في هذه الحالة طويلة جدا لذلك تكون الصورة أمام الشبكية، ويمكن تصحيح هذا العيب عن طريق عدسة مقعرة الوجهين والتي تؤدي إلى تكوين الصورة على الشبكية.

3- الاستجماتزم (اللابؤرية) (حرج البصر) Astigmatism يحدث هذا العرض نتيجة لعدم انتظام سطح القرنية او عدسة العين، ويسبب هذا العرض الاجهاد الشديد للعين إذ تقع اشعة الضوء مرة قبل الشبكية ومرة بعد الشبكية، ويمكن معالجته بالعدسات الطبية.

قياس وتشخيص الاعاقة البصرية

تعد عملية قياس وتشخيص الاعاقة البصرية ركناً أساسياً ليس في هذه الفئة فقط وانما في جميع فئات التربية الخاصة، لان الكشف عن القصور يؤدي إلى معالجته وبشكل مبكر وخاصة اذا كان التشخيص مبكراً أو الحد من تفاقم المشكلة من خلال اختيار الفنيات والاساليب والبرامج التربوية المختلفة وتحديد المكان التربوي المناسب (Placement)

ان الاعاقة البصرية كغيرها من الاعاقات قد تكون سهلة لتحديدها واكتشافها اذا كانت شديدة وعميقة، بينما تكون صعبة اذا كانت طفيفة وبسيطة .

ان عملية الكشف (Screening) تبدأ من الأسرة إذ يفترض من أولياء الأمور ان ينتبهوا الى المؤشرات التي تكون دلائل على وجود مشكلة بصرية ومنها:

- احمرار العينين
- انتفاخ العيون

- الرمش غير الطبيعي
- احولال العين
- الدّماع غير الطبيعي
- تبسمر العين نحو مصدر الضوء
- صعوبة رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة
- عدم استقرار العين وتحركها بشكل لا إرادي
- غلق العينين وفتحها بشكل متكرر
- وجود افرازات على الرموش والجفون
- الشكوى من الحرقة والحكة

ويمكـــن لاولـــياء الامـــور والمعلمين الكشف عن الصعوبات البصرية من خلال:

- كثرة الأخطاء التي يقع فيها في القراءة والكتابة.
- تقريب العينين من الكتب والدفاتر بشكل ملحوظ
- الميل بالرأس الى أحد الجانبين عند القراءة
- التعرض الى السقوط او الاصطدام
- صعوبة التمييز بين الألوان.
- التخلف عن الاقران في المجال الاكاديمي.
- ينتابه الصداع عند القراءة.
- الحملقة على السبورة بشكل شديد.
- التذمر والشكوى من الاضواء الشديدة.
- الشعور بالتعب والارهاق عند قيامه بالمهام التي تتطلب بصراً.
- يقترب الى الأشياء بشكل ملفت للنظر.

امـــا الأدوات التي استخدمت في تشخيص الاعاقة البصرية فهي متعددة، ولكن تعد طـــريقة لوحة سنلن (Snellen Chart) هي الطريقة التقليدية الأكثر شيوعاً في تحديد درجـــة البصــــر حيث تحتوي ثمانية أسطر من الحرفين (C,E) والتي تتناسب في حجمها مع المسافات الاتية 6، 12، 18، 24، 30، 36

تـــبدأ من الحرف الكبير الى اصغر حرف والذي لا يمكن رؤيته الا من لديه حدة بصــــر 6/ 6 . يطلب من المفحوص ان يتعرف على فتحة هذين الحرفين هل هي إلى الاعلى، الاسفل، اليمين، اليسار.

وأحـــياناً تســـتخدم مـــع الأطفال الصغار اشياء مألوفة كالحيوانات مثلاً من خلال تصغيرها وتكبيرها.

أمـــا المقاييس المقننة التي استخدمت مع المعاقين بصريا فهي متعددة منها ما تعلق بشكل أساسي بالمكفوفين والتي تعتمد على حاستي السمع واللمس.

ومن هذه الاختبارات [1]

1- اختبار بيركنز لذكاء المكفوفين

Perkins-Binet Test of Intelligence for the Blind

2- اختبار القابلية لتعلم للمكفوفين Blind Learning Aptitude Test

وهو اختبار فردي لاعمار تتراوح ما بين (6-16) سنة.

3- اختبار الذكاء اللمسي للمكفوفين الراشدين

Tactile Intelligence Scale for Adult Blind

وهو صورة معدلة (لمسية) من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين لتقييم القدرات العقلية للمكفوفين الذين تزيد اعمارهم على (16) سنة .

4- اختبار ستانفورد كوخ لتصميم المكعبات

Standford-Kohs Block Design Tests

يستخدم مكعبات ذات ملمس مختلف لاعمار تزيد عن (16) سنة.

---

(1) الحديدي، منى (1998)، مصدر سابق، ص 125 .

ومـــن الاختبارات التربوية والنمائية التي استخدمت مع المعاقين بصريا لمرحلة ما قـــبل المدرسة الاختبار اللمسي للمفاهيم الأساسية Tactile Test of Basic Concept واختبار تميز الخشونة Roughness Discrimination Test .

أما المقاييس التي استخدمت مع ضعاف البصر (Partially Sighted)

- مقياس فروستج للادراك البصري

Frostig Development Test of Visual Perception

وهـــو مـــن أشهر المقاييس الرئيسية التي تستخدم مع ضعاف البصر، كما يســـتخدم ايضـــاً مـــع الأطفـــال ذوي صعوبات التعلم لان احد المظاهر الرئيسية لصعوبات التعلم هو القصور في الإدراك البصري.

يمكـــن اســـتخدامه بشكل فردي أو جماعي لاعمار تتراوح ما بين (3-8). يـــتعلق هـــذا المقياس بالتآزر الحركي البصري، والشكل والارضية، وثبات الشكل والوضع في الفراغ، والعلاقات المكانية.

- مقياس بندر البصري الادراكي الكلي

The Bender Visual Gestalt Test by Bender

- مقياس الإدراك البصري الحركي

Motor Free Visual Perception Test by Colarusson Rondd and Hammill, Donald

- مقياس بيري بكتنيكا للتآزر البصري الحركي

The Beery Buktenica Development Test of Visual Motor Integration

أثر الاعاقة البصرية في الفرد

ان للاعاقة البصرية تأثيراً في الفرد وليس في جانب واحد وانما في جوانب عـــدة. وهـــي ليســـت درجـــة واحدة، لذلك فان تأثيرها في الفرد يتأثر الى حد ما بمتغيرات عدة منها درجة الاعاقة، العمر عند الاصابة، وردود الفعل بالنسبة للفرد وكذلـــك لأولياء الأمور، اساليب التعامل الوالدية وما فيها متغيرات (حجمها، الحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية).

ويمكن تقسيم اثر الاعاقة الى ما يلي:

1- أثر الاعاقة البصرية في الجانب العقلي

بالــرغم من ان كثير من الدراسات تشير إلى عدم وجود فروق كبيرة بين المعاقيــن بصرياً والمبصرين وخاصة فيما يتعلق بالجانب اللفظي وفي اختبار بينيه الذي يتميز باللفظية، والجانب اللفظي في اختبار وكسلر. ولكن اذا ناقشنا الأمر من زاويــة هــل ان القدرات العقلية وراثية أو مكتسبة (بيئية). اذا اعتبرنا ان القدرات العقلــية وراثية فهي تتماشى بشكل اكبر مع اشارت اليه الدراسات السابقة علماً أن الوراثــة تــتأثر بالبيئة، اما اذا اعتبرنا القدرات العقلية بيئية فهذا لا يتماشى مع ما جــاءت به الدراسات لان الفرد المبصر يطور حاله من خلال البيئة اكثر من غير المبصر على اعتبار ان الأول يستغل منهلين أساسيين في التعلم هما حاستي البصر والســمع بيــنما غير المبصر يستغل السمع بشكل رئيسي. وقد تكون حاسة البصر اوفــر حظــاً مــن حاسة السمع، وقبل أن استرسل في الحديث لابد من القول أن القــدرات العقلــية هــي استعدادات وراثية تتطلب بيئة صحية غنية لكي تنمو هذه الاستعدادات بشكل سليم، أي أن هناك ربط وثيق بين الوراثة والبيئة.

نــرجع ثانية الى الموازنة بين أثر فقدان حاسة البصر في نمو القدرات العقلية. ان مــن أهــم نظريات التعلم في ميدان علم النفس هي نظرية التعلم الاجتماعي والتي تقــول ان لدى الفرد ميل طبيعي لتقليد سلوكات الآخرين، ولعل كثير من سلوكاتنا مقلــدة، وبطبيعة الحال لا يستطيع الكفيف ان يقلد أمور كثيرة تتعلق بالبصر، ففي البيئة الأولى للطفل لا يستلم كثير من المثيرات التي تخلق جواً انفعالياً ايجابياً لديه كالابتسامات وعلامات الرضا والحب والحنان مما يؤثر في نموه النفسي. كما تتأثر الــى حــد مــا عمليتــي التمثل او الاستيعاب Assimitation والتكيف او المواؤمة Accommadation كما أنه لا يدرك الالوان والاحجام.

ولابد من الاشارة من أن الذكاء أنماط متعددة وليس نمط واحد فمثلا جاردنر (Gardner) [1] يرى ان الذكاء لا يقل عن ثمانية انماط هي الذكاء اللفظي واللغوي، والذكاء المنطقي/ الرياضي، والذكاء البصري/ المكاني، والذكاء الموسيقي/ الايقاعي، والذكاء الجسمي/ الحركي، والذكاء الاجتماعي، وذكاء التعرف على الذات والذكاء المتعلق بالبيئة.

فلو أخذنا على سبيل المثال احد هذه الأنمطة الذكاء الموسيقي الايقاعي وقارنا بين المبصرين وغير المبصرين لقلت وفي تقديري الخاص ان غير المبصرين أمهر بشكل عام من المبصرين لما يتميزون من قدرة على الاصغاء والاستماع لانه يعتمد بشكل أساسي على حاسة السمع. اما اذا اخذنا الذكاء البصري المكاني وقارنا بين المبصرين وغير المبصرين لقلنا بما لا يدع مجالاً للشك ان المبصرين افضل حالاً من غير المبصرين.

ومن الجدير بالذكر ان الطفل الكفيف لا يمكن أن يكون تصوراً كاملاً عن الشيء عن طريق اللمس، وخاصة ان كثير من الأشياء لا يستطيع لمسها لخطورتها، ولا يمكن أن يكون اللمس بديلاً كاملاً عن الاحساس البصري، لذلك فان فقدان الفرد لبصره قد يحد من عمليات عقلية كالتصور والتخيل.

ولقد اوضح هايز (Hayes) في هذا السياق نتائج الدراسات التي طبق فيها اختبار هايز بينيه (1930) في سبع عشرة مدرسة للمكفوفين. وتضمن تقريره اكبر عدد من الأطفال الذين تمت دراستهم وهو (2372) تلميذاً . كان متوسط الذكاء (98.8) وكانت محصورة بين (92) و (108) تراوحت قيم الانحراف المعياري (15.24) الى (22.26) ووجد أن 10% من المجموع الكلي للتلاميذ يصل الى نسب ذكائهم الى 120° او اكثر، بينما تقل نسبة ذكاء 9.2% عن 70° . ولقد تابع الباحث المذكور اعلاه توزيع ذكاء التلاميذ الذين التحقوا بمدرستين خاصتين

(1) Gardner, H. (1993) مصدر سابق .

للمكفوفيـن بيـن عـام (1914-1940) ووجد ان متوسط نسب الذكاء في جميع السنوات يزيد قليلاً عن 93 ° . [1]

أمـا جيلفورد Gulliford [2] فقد ذكر احدى الدراسات المسحية التي شملت (1153) مكفوفاً. ومن ضمن ما توصلت اليه هذه الدراسة المتعلقة بالذكاء ان نسب ذكـاء 18% مـنهم أعلى من المتوسط و 59% منهم ضمن المعدل، بينما 23% يمثلون ذكاء منخفضاً.

وأخيراً لابد من القول ان الذكاء يختلف بشكل عام بين فاقدي البصري كلياً وفـاقدي البصـر جزئـياً، كمـا يختلف في ذات الوقت بين ضعاف البصر نظراً لاخـتلاف درجـة الضـعف اضافة الى المتغيرات الاخرى المتعلقة بالبيئة الغنية الصـحية ونقيضها، والفرد فاقد البصر لا يستطيع الاستفادة بشكل كامل من البيئة المحيطة له حتى وان كانت غنية صحية كقرينة المبصر.

واشـير في النهاية الى انه يمكن لبعض المعاقين بصريا ان يتميزوا إذ أن الشـعور بالنقص قد يكون حافزاً للتفوق في المجالات التي يستطيع ان يتفوق فيها ولا أدل علـى ذلك من ابو العلاء المعري وابو تمام وطه حسين وديموستين. وقد اشـرنا الـى ذلك بشيء من التفصيل في النظريات التي فسرت التفوق التي ستأتي لاحقاً.

أثر الاعاقة البصرية في الجانب الاجتماعي والانفعالي

ان للاعاقـة البصـرية تأثيراً في اكتساب المهارات الاجتماعية وتطورها فالمعـاق بصـرياً لا يستطيع ان يكتسب كثير من السلوكات عن طريق الملاحظة كالملـبس والمـأكل والمشـرب والسلوك الاجتماعي المقبول، لذلك فقد يكون اكثر عرضه الى السلوكات غير المقبولة.

---

(1) الشيخ، يوسف، عبد الغفار عبد السلام، مصدر سابق، ص 143.

(2) Gulliford, R (1971) Special Education Needs. London: Routledge & Kegan Paul. P.165.

كمـــا أنـــه لا يـــدرك الحـــرارة والحماس والانفعال الذي يظهر من خلال الســـكنات والحركات والايماءات والاشارات التي تظهر على المتحدث لان التفاعل لا يتم فقط عن طريق اللغة المنطوقة وانما اللغة غير المنطوقة كذلك.

ان بـــناء علاقـــات اجتماعـــية متبادلة تعتمد بشكل عام على متغيرات عدة احدها الاستقلالية (عدم احتياج المساعدة)، وقد يكون الكفيف بحاجة الى من يوجهه ويعيـــنه علـــى قضاء حاجاته، وقد لا يكون جميع الناس بهذا الشكل الا من يمتلك الحس الانساني.

كمـــا تـــتأثر العلاقـــات الاجتماعية بالعمر الزمني حيث لا يتعامل الأطفال المبصـــرين الصـــغار مـــع فـــاقدي البصر من اقرانهم بدرجة من الوعي والحس الانساني، كما هو الحال بالنسبة للكبار الذين يدركون تماماً الجانب الإنساني. لذلك فقد يكون الطفل في المراحل العمرية الدنيا عرضه للاعتداء والسخرية والتهكم.

ان التكيف الاجتماعي يتأثر الى حد ما في اتجاهات الفرد نفسه نحو اعاقته واتجاهات الاخرين كذلك ليكون الصورة التي يراها عن نفسه.

أمـــا من الناحية الانفعالية فان الفرد الكفيف قد يميل بشكل عام لأن يتسم بضـــعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن والأمان والعزلة والانطواء، ومترددا وخائفاً وخاصة اذا ما سخر منه لسلوك غير طبيعي او غير مألوف، وهو كثير ما يكـــون معرضـــاً لمثل هذه المواقف، وخاصة عندما لا يدرك الافراد المحيطون به ســـماته الشخصـــية، وقـــد يـــتفاقم الأمر الى الاسوأ اذا لم يكن هناك تدخل علمي وموضوعي لمعالجة الموقف المعالجة الحقيقية التربوية.

ان الاحـــباط والفشـــل الـــذي يتعرض له الفرد الكفيف قد يدفعه احياناً الى العدوانـــية للتنفيس عن هذه الأنة الداخلية. يظهر واضحاً ما لفقدان البصر من أثر ســـلبي فـــي الســـلوك الانساني للفرد الأمر الذي يجعله لا يتسم بالقبول الاجتماعي كأقرانه الآخرين، وهذا ما قد يضعف شعوره بالانتماء الى المجموعة.

كما أن هذه الاعاقة تقلل من ميوله وهواياته وتطلعاته، فهو مثلاً لا يمارس أشـــكالاً كثـــيرة مـــن الألعاب التي يمارسها المبصرون، وكثير من الانشطة الفنية والعلمية والخط والنحت والقيام بتجارب علمية وبحثية.

ومـــن الدراسات التي تناولت بعض العوامل المؤثرة في شخصية المراهق الكفـــيف دراســـة ســـومرز (Sommers) [1] التـــي حاولت الكشف عن العلاقة بين الاتجاهات والتصرفات الوالدية وبين سلوك إبنهما الكفيف واتجاهه نحو عجزه.

ومن الإجراءات التي قامت بها الباحثة هي:

1- طبق اختبار كليفورنيا للشخصية للحصول على المعلومات.

2- طـــبق استبيان على (120) كفيفاً من المراهقين، كما اعطي استبيان آخر على (72) من العينة الأولى .

3- أجريت مقابلات مضبوطة مع (50) كفيفاً ومع آبائهم .

توصلت الدراسة إلى ما يلي:

1- أظهرت درجات اختبار كليفورنيا للشخصية ان التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهقيـــن المكفوفيـــن منخفض اذا ما قورن بالتوافق الشخصي والاجتماعي لاقرانهم المبصرين.

2- أظهر الاختبار كذلك ان الاناث احسن توافقاً من الذكور.

3- أظهرت الاستفتاءات مدى كبيراً من الاتجاهات والمشاعر بين المعاقين بصرياً الذين أوضحوا ان الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق النفسي إنما تحدث في الغالـــب نتيجة للظروف والاتجاهات الاجتماعية لبيئة الكفيف أكثر مما تحدث نتيجة للعجز البصري نفسه.

وقـــد بين 33% من المكفوفين انهم لا يستمتعون بأوقاتهم في المنزل مثل اخوتهم وبين 0.5% من المكفوفين ان اهلهم يفضلونهم على اخوتهم.

---

(1) الشيخ، يوسف، عبد الغفار، عبد السلام، مصدر سابق، ص 143 .

ولقد توصلت سومرز (Sommers) في دراستها فيما يتعلق بالسلوك التوافقي للمراهقيــن المكفوفين المرتبط بالاتجاهات الوالدية أن هناك ستة أنماط من المواقف هي:

1- اســتجابات تعويضــية ســليمة: حيث يعترف (14%) من المكفوفين بنواحي قصــورهم الناتجة عن عجزهم، ويتقبلونها، ويحاولون ان يقللوا من ذلك عن طريق التعويض، فقد يظهرون مثلاً روح التنافس حتى يحققوا ما يصبون اليه مــن أهداف معقولة. وعند مناقشة المشكلات المتعلقة بعجزه فانه لا يبدي أي تجنب لها.

2- اســتجابات تعويضية مفرطة: حيث ابدى (14%) من المكفوفين عدواناً زائداً واستياءً من النقد.

3- اســتجابات الانكــار: يعترف (12%) من المكفوفين بنواحي قصورهم العقلية الناتجة عن فقدان البصر، ويتجلى ذلك في خططهم التعليمية والمهنية ونواحي نشــاطهم المخــتلفة وميولهم. وينكرون ان فقدان البصر معوق لهم، ويتجنون مناقشة المشكلات المتصلة بعجزهم.

4- اســتجابات دفاعــية: حيث استخدم (28%) من المكفوفين التبرير أو الاسقاط لاعطــاء اســباب معقولة اجتماعياً لسلوكهم لكي يحمون أنفسهم من ضرورة الاعــتراف بالأســباب الحقيقــية لاخفاقهم، ويلومون المجتمع لتحيزه ضدهم، ويشعرون انهم يعاملون بطريقة غير عادلة.

5- وقد أبدى (18%) من المكفوفين استجابات انسحابية حيث تتركز أفكار الشخص الكفــيف ونشــاطاته حــول عجزه البصري، ويتراجع انفعالياً أو على أساس منطقي.

ويتمــيز بتجنــبه الاتصــالات الاجتماعية والتنافس مع غيره فيما عدا الذين يتشــابهون معه في ناحية العجز، ويسيطر عليه الشعور بالدونية ويستغرق في ألوان من الأنشطة الفردية واحلام اليقظة.

6- وقد أظهر (14%) من المكفوفين استجابات لسلوك غير متوافق حيث يظل الشخص الكفيف غير متوافق وغير قادر على مواجهة مشكلات الحياة، ويظهر سوء التوافق في أعراض كثيرة منها التمركز على الذات وعدم الثبات الانفعالي، والقلق الشديد.

3- أثر الاعاقة البصرية في الجانب الحركي

ان عملية النضج واحدة لكل من المبصرين وغير المبصرين اذ لا يوجد فروق بين النمو الجسمي من حيث الطول والوزن، بينما تؤثر الاعاقة البصرية في تنمية المهارات الحركية وهي بالتالي تؤثر في استقلالية الفرد.

ان الفرد الكفيف يكون محدود الحركة والتنقل، وقد يعتمد في كل نقله على آخرين مما يؤدي إلى عدم النمو السليم حركياً فضلاً عن الحركات التي لا تتسم بالاتساق.

تستلزم الحركة نوعين من الطاقة [1] أولهما طاقة طبيعية عضوية وثانيهما طاقة نفسية. فالحركة ليست مجرد انتقال من مكان إلى آخر بقدر ما يتضمنه من تفكير وربط علاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التي يترك بينها.

والفرد الكفيف عندما ينتقل من مكان إلى آخر يستخدم جميع حواسه عدا حاسة الابصار. فهو يستخدم حاسة الشم لتمييز الروائح المختلفة التي تواجهه، ويتحسس الأرض بقدميه ليتعرف على طبيعتها، ويتحسس مصدر الهواء ليتعرف على اماكن الأبواب والشبابيك، ويستخدم حاسة السمع في تمييز الأصوات التي يتعرض لها.

ونجد بين المكفوفين فروقاً فردية في حركتهم فهناك البطئ الحذر، وهناك الذي يتحرك بسرعة، وهذا يعتمد بشكل أساسي على قوة الترابطات التي كونها الفرد، ومدى احتفاظه بالصور الذهنية. وقد يميل البعض من المكفوفين على الاتكال على الغير وخاصة أولئك الذين لم يعطوا دفعاً من الآخرين على قهر الصعاب

(1) الشيخ، يوسف، عبد الغفار، عبد السلام، مصدر سابق، ص 143 .

وتجـــاوز إعاقـــتهم بقدراتهـــم الاخرى، وتعويدهم قدر الامكان على الاعتماد على الذات، وعدم الحماية المفرطة، وزرع الثقة بالنفس، والتشجيع المستمر لأي حركة يقـــوم بها الطفل المعاق بصرياً، وتوفير فرص التدريب والمحاكاة، والمشاركة مع الاقران قدر الامكان.

وقـــد ينتاب المعاق بصرياً بعض الحركات اللاارادية النمطية او ما يسمى (Blindism) نتـــيجة للقصـــور في عملية النمذجة والتقليد مثل فرك العين، او مسك الانـــف، او هـــز الجســـم للأمام، او الخلف، او التعبيرات الوجهية، او في طريقة المشي.

وقـــد أشار القريوتي والسرطاوي والصمادي [1] الى ثلاثة اتجاهات نظرية حاولت تفسير ظاهرة السلوك الحركي النمطي وهي:

1- **الاتجاه الأول:** يؤكد على ان الحرمان الحسي (Sensory Deprivation) المتمثل في انخفاض مستوى الاثارة الحسية نتيجة لفقد البصر أو ضعفه يؤدي بالطفل الى محاولة التعويض عن طريق الاثارة الذاتية.
2- **الاتجـــاه الثاني:** يؤكد على ان السبب الكامن وراء السلوك الحركي النمطي هو الحـــرمان الاجتماعـــي (Social Deprivation) ويرى أصحاب هذا التفسير ان العزلة الاجتماعية تدفع الفرد الى الاثارة الذاتية عن طريق السلوك النمطي.
3- **الاتجـــاه الثالـــث:** ويـــرى ان الضغوط والتوترات الانفعالية هي السبب وراء استسلام الفرد المعاق الى أنماط مألوفة من السلوك الحركي.

وأجـــد أن الســـلوكات النمطية قد تظهر على الأفراد الاعتياديين عندما يكونوا في وضع نفسي متوتر وقلق، ويستمر الحال اذا كان التوتر والقلق مستمراً.

---

(1) القريوتي، السرطاوي، الصمادي، (1995) مصدر سابق .

4- أثر الاعاقة البصرية في الجانب اللغوي

ان اللغـــة كلمـــة واسعة فهي تشمل اللغة المنطوقة وغير المنطوقة والثانية مـــتعددة مـــنها الايمـــاءات والاشارات والتعبيرات الوجهية ولغة الاشارة وابجدية الاصـــابع والاشـــارات الضوئية فضلا عن المسميات المرئية كالسبورة والكرسي والكتاب وغيرها تعد لغة.

لذلـــك فـــان الاعاقـــة البصرية تؤثر سلباً في اللغة غير المنطوقة أما اللغة اللفظـــية فقـــد يمهر الافراد الكفيفون فيها لما يتميزون من تركيز وانتباه للمثيرات الحسية، ويكونون بعيدين عن التشتت، وأن كثيراً منهم يطورون مهارات الاستماع الجيد التي يعتمدون عليها في تعلم الكثير من المعلومات.

ولكنهم يختلفون عن المبصرين في كتابة اللغة المنطوقة فهم يكتبونها بطريقة برايل بينما يكتبها المبصرون بالرموز الهجائية المعروفة.

ونتـــيجة لقدرتهـــم اللغوية المنطوقة فهم يفرطون في اللفظية، أو يمكن القول انهم يتميزون بالاسهاب.

أثر الاعاقة البصرية في الجانب الأكاديمي

يـــتأثر التحصـــيل الاكاديمي الى حد كبير بحاسة البصر لانها تعد من أهم الحـــواس في التعلم. وقد اشارت الدراسات الى ان الحواس تسهم في التعلم بالنسب الاتية: (1)

حاسة البصر 83%

حاسة السمع 11%

حاسة الشم 3.5%

حاسة اللمس 1.5%

حاسة الذوق 1%

(1) عزيز، صبحي خليل (1985) اصول وتقنيات التدريس والتدريب، العراق. بغداد: الجامعة التكنولوجيا، ص263 -264.

وتوصلت بعض الدراسات العلمية الى ان نسبة التذكر لما سبق ان تعلمه تختلف باختلاف الحاسة فيمكن أن يتذكر

10% مما قرأه

20% مما سمع

30% مما شاهده

50% مما شاهد وسمع في نفس الوقت

يتبين من خلال النسب السابقة أهمية وجدوى حاسة البصر قياساً بالحواس الاخرى بالرغم من تحفظي فيما يتعلق بالنسب التي تسهم في التعلم، لذلك يكون من الطبيعي ان يكون لفقدان البصر أثر في التحصيل الاكاديمي. لذلك يمكن القول ان المبصر افضل بشكل عام في التحصيل الاكاديمي من غير المبصر، لأن التعلم من خلال حاستين افضل من حاسة واحدة.

ان الكفيف يعتمد في تعلمه على المسموع سواءاً كان من الأفراد أو الاشرطة والتسجيلات وما مكتوب بطريقة برايل، اما الضعيف البصر فيحتاج الى كتابة بحروف كبيرة تمكنه من قراءتها.

الحاجات الشخصية والتربوية للطفل الكفيف

ان الحاجات الشخصية والتربوية التي يحتاجها المعاق بصريا تختلف باختلاف درجات الاعاقة، وسبب حدوثها، ووقت حدوثها وظروفها. لذلك فان نمو وتطور الطفل لا يكون على درجة واحدة وانما يختلف من فرد لآخر.

فهناك فرق واضح في نمو الطفل الذي فقد بصره فقط، وبين ذلك الطفل الذي رافق فقد البصر اعاقة أخرى. فمثلا الدراسة المسحية التي سبق ذكرها للعينة المذكورة (1153) مكفوفا وجد ان 20% منهم يعانون من اعاقات فيزيقية، و9% منهم يعانون من إعاقات سمعية، و10% من صعوبات اللغة والكلام، و 7.7% من الصرع.

فعندما تقدم البرامج وأساليب المساعدة والعون للتعويض الحسي تكون الفئة الأولى (الذين اقتصرت اعاقتهم على الحاسة البصرية فقط) أفضل بكثير من أولئك الأطفال متعددي الاعاقة في التعلم والتواصل مع الآخرين.

كمـــا يؤثر في عملية نمو الطفل هو وقت حدوث فقدان البصر هل كان منذ الولادة أو حدث أثناء السنوات الخمس الاولى او حدث بعد سن الخامسة؟ إذ يستطيع الاخـــير من تكوين مفاهيم اساسية، ويكون واعياً ومتفهما لنفسه والبيئة التي يعيش فيها.

كما أن فقدان البصر بعد سن الخامسة له تأثير كبير في توافق الفرد النفسي والاجتماعي، ويواجه صعوبة كبيرة جدا في قبوله لهذه الاعاقة اذا ما قورن بالطفل الذي فقد بصره منذ الولادة أو قبل سن الخامسة.

كما أنه قد يجد صعوبة في تعلم طريقة برايل (Braille) ويوجد فرق كذلك بيـــن مـــن فقـــد بصـــره تماما وبين من بقت له فضلة من النظر اذ يحاول الاخير اســـتغلالها الى اقصى قدر ممكن، وقد يفشل احيانا الأمر الذي يؤثر في نفسه بينما الآخر الذي استسلم لاعاقته لا يحاول كالأول مبعدا نفسه عن الأنات والارهاصات الذاتية.

ان الحـــواس الأخـــرى لا يمكن ان تعوض حاسة البصر بشكل كامل اذ لا يستطيع الطفل الكفيف ان يستوعب الكثير من الاشياء التي يمكن للطفل المبصر ان يستوعبها كالألوان والمسافات والاشياء الكبيرة والأشكال والحجوم والأرقام.

فالاعاقـــة البصرية لا تؤثر سلباً في الجانب الشخصي والتربوي فقط وانما في كيفية الاستجابة للمتغيرات البيئية، فالرؤية تجعل الطفل يسأل ويكتشف العالم من حوله.

ان الطفـــل المعاق بصريا يكون معرضا للمواقف والاتجاهات الابوية غير السوية، وعندما يكبر عليه ان يتكيف مع هذه الاتجاهات غير السوية، وقد يتعرض الى الاضطراب النفسي.

وقــد تعرقل هذه الاعاقة الطفل الكفيف على كيفية التواصل الاجتماعي مع اقــرانه وخاصة المبصرين، فهو لا يستطيع ان يتعرف على ردود الأفعال وخاصة تلك التي لا تعتمد على السمع.

كمــا أن قصــوره فــي القيام بالألعاب الجماعية تجعله ينسحب احيانا عن المجموعــة والتقولب مع الذات، وقد يقابل بالمثل من قبل الآخرين وخاصة أقرانه المبصرين في اعمار الطفولة التي لا تدرك تماما اهمية التعاون مع هؤلاء الأطفال لدفعهم وتشجيعهم على القيام بما يستطيعون القيام به، وتحقيق انسانيتهم حالهم حال الآخرين.

لذلــك فان الطفل المعاق بصريا بحاجة الى تعامل دقيق دون اهمال ودون رعاية وعناية مفرطة وانما يجب الأخذ بيده ومساعدته مساعدة علمية وموضوعية بعيدا عن الشطط.

والتركيز قدر الامكان على الجوانب الايجابية له واستغلالها استغلالا مثمرا الأمــر الــذي قــد يقلــل من شدة الاعاقة او ما يشعر به من ألم داخلي جراء هذه الاعاقــة، وفــي هذا السياق يتطلب تدريبه على استغلال الحواس الأخرى، وعلى التدريــب الحركي والمهاري وكيفية الاعتناء بالذات دون مساعدة، وكيفية اكتشاف العــالم من حوله بحيث يستغل قدراته الذهنية الى اقصى قدر ممكن، وهذا من شأنه أن يعــزز ثقــته بنفســه ويعتمد عليها مما يحسن نظره الآخرين له وبشكل خاص الاسرة.

كمــا يجري دفعه وتشجيعه على القيام بمعظم الأنشطة التي يمكن القيام بها والتي يمارسها اقرانه المبصرون والمتعلقة بالفعاليات الاجتماعية والرياضية والفنية والادبية وغيرها.

ويتطلــب كذلك مساعدته على القيام بالتنقل والحركة معتمدا على نفسه بعد ان يجــري تدريبه على ذلك وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، لذلك فان الطفل الكفيف في امس الحاجة الى التنقل والتوجه واكتشاف البيئة التي يعيشها لكي يستقل

بذاته، ويعتمد على نفسه ما استطاع الى ذلك سبيلاً ابتداءاً من البيت والبيئة المحلية، وهـذا يمكـنه من الاندماج في المجتمع. وقد استخدم الكفيف وسائل مساعدة منها العصـا العاديـة والعصـا البيضاء، والانسان كمرشد، والكلاب المرشدة وبعض الاجهـزة الحديـثة التي تنبه الكفيف بوجود عوائق كالأجهزة الصوتية التي توضع على العنق او تحمل باليد . وابعاده قدر الامكان عن الحركات غير المرغوب فيها كتحريك الرأس واللعب بالعيون وما شابه ذلك.

اما في الجانب التعليمي والتربوي فيفضل الحاق الاطفال الكفيفين بمدارس خاصة لتعليمهم القراءة والكتابة بطريقة برايل. وهي طريقة تعتمد على النقاط الستة الظاهـرة التي تشكل الحروف الهجائية والتي تمكن الكفيف من قراءتها عن طريق اللمـس، وكـل خلـية تتكون من ستة نقاط تتشكل بأشكال مختلفة لتغطي الحروف الهجائـية. استخدمت هذه الطريقة من قبل كثير من فاقدي البصر لكنها لا تعد الآن الطـريقة الاساسـية فـي تعلم الكفيف لانها تحتاج الى جهد كبير ووقت طويل بل يفضلون الطرق الشفاهية المتمثلة بالاشرطة والتسجيلات، واستغلال الحاسوب وما يقدمـه من تسهيلات للمعرفة كبرنامج إبصار الذي أشرت إليه سابقاً. وهذا يتماشى مع التطور الكبير واتساع دائرة المعارف المختلفة.

ويفـترض ان يتدرب الكفيف على استخدام حاستي السمع واللمس فمهارة الاستماع ضرورية لانها احدى الوسائل الاساسية لتعلم الكفيف وهي الحاسة الأولى التي يستخدمها الكفيف الى اقصى درجة ممكنة لتعلم افضل.

كمـا ان التدريـب اللمسي ضروري جداً بالرغم من انه لا يرقى أن يكون بمسـتوى حاسـة السمع ولكنه ضروري وخاصة لتعلم القراءة والكتابة والحساب بطريقة برايل، او لقراءة الحروف المكتوبة بشكل كبير .

ومـن الوسـائل التعليمـية التـي اسـتخدمت مع المعاقين بصرياً ابتكون (Obtecon) التي تحول المادة المطبوعة الى كلمات وأحرف بارزة يستطيع الكفيف من قراءتها باللمس.

اما المعداد الحسابي (Abacus) فهو يستخدم لاجراء العمليات الحسابية .

ولا يفضل دمج الأطفال الكفيفين مع اقرانهم المبصرين وخاصة في الأعمار الصغيرة لانهم سيكونون عرضة للسخرية والاستهزاء الذي يفرز بظلاله السلبي في التكيف الاجتماعي والنفسي. علماً أن هؤلاء الأطفال الصغار لم يصلوا بعد الى درجة الوعي التي تمكنهم من ادراك الجانب الانساني في كيفية التعامل مع هذه الشريحة.

وقد يختلف الحال في المراحل العليا اذ نجد الكثيرين منهم في مراحل الجامعة، ولا يتعرضون الى ما ذكر سابقا لان طلبه الجامعة يدركون ذلك. وقد يقدمون لهم كل ما يستطيعون تقديمه من أشكال العون والمساعدة. وعلى اية حال فان قرار اختيار المكان التربوي يتأثر بعدة عوامل كما تشير الى ذلك الحديدي[1] وهي:

1- خصائص المكان التربوي وهل يلبي حاجات الطفل المعاق واستعداداته وميوله واهتماماته.

2- بيئة البيت: فمثلاً يفضل وضع الطفل في مدرسة خاصة اذا كانت اتجاهات البيت سلبية، او عندما يكون هناك مشكلات اسريه، او كان الوضع الاقتصادي متدنياً بينما يفضل وضع الطفل في مدرسة عادية اذا كان لديه اخوة فيها ليرافقوه ويقدمون له ما يحتاج من مساعدة .

3- المكان الجغرافي: فعندما لا تتوفر خيارات تربوية في المنطقة الجغرافية فتضطر الأسرة وضعه في مدرسة داخلية.

4- نوعية التسهيلات المتوفرة: ان توفر سلسلة البدائل التربوية يمكن الاخصائي من مساعدة الأسرة في تحديد البرامج المناسبة للطفل وفقا لحاجاته وخصائصه.

(1) الحديدي، منى (1998) مصدر سابق، ص 177-180 .

5- شـــدة الاعاقـــة البصرية: ان توفر البدائل التربوية المختلفة يدعو الأسرة الى اختيار ما يتناسب مع طفلهم فقد تميل الاسر بشكل عام الى وضع الطفل الذي لديه بقايا بصرية مع اقرانه المبصرين .

6- طبيعة الاعاقة البصرية: ان طبيعة الاعاقة البصرية تحدد نوع ومدى الخدمات الخاصة التي يحتاجها الفرد حيث يدرس وضع العين لتحديد ما اذا كانت ثابتة ام متدهورة ام في تحسن إذ يمكن تغيير مكان الطفل وفق التغيير الحاصل.

7- وجـــود إعاقـــات مصاحبة: فاذا كانت هناك اعاقات مصاحبة تؤدي إلى تكثيف الخدمـــات التربوية. كما ان فرص التقدم تتضاءل فضلاً عن احتياجها لجهود كبيرة.

8- العمر عند الاصابة: حيث يحتاج المعاق بصرياً الحديث العهد الى جهود كبيرة لاكتساب سلوكات تكيفية او مهارات تعايش وتعويضية اكثر من الفرد الذي فقد بصره منذ الولادة.

اما اشهر الاطر التربوية التي استخدمت مع المعاقين بصريا فهي:

1- مؤسسات الاقامة الداخلية.

2- المدرسة النهارية الخاصة.

3- صفوف خاصة ضمن المدارس العادية.

4- دمجهم في الصفوف العادية ضمن المدرسة العادية.

5

الفصل الخامس
الاعاقات الجسمية والصحية

- مقدمة
- تعريف المعاقين جسدياً
- هل هناك نمط شخصية واضحة لذوي الاعاقات الجسمية والصحية؟
- تصنيف الاعاقات الجسمية والصحية

أولاً: الاعاقات العصبية "اصابات الجهاز العصبي المركزي"

- الشلل المخي
- الصرع
- شلل الأطفال
- العمود الفقري المفتوح
- الاستسقاء الدماغي
- إصابات الحبل الشوكي
- التصلب المتعدد

ثانياً: الاضطرابات العظمية والعضلية Muscular and Skeletal Disorders

- الجنف
- الحدب
- البزخ
- التهاب المفاصل
- هشاشة العظام
- البتر
- تشوه (اضطرابات) القدم
- التهاب الورك "مرض لج بيرثز"
- شق الحلق والشفة المشرومة
- الكساح
- الحثل العضلي "ضمور العضلات"
- الضمور العضلي الشوكي

ثالثاً: الاضطرابات الصحية Health Disorders (Diseases)

- أمراض القلب الولادية
- الربو
- التليف الحويصلي
- السل
- سكري الاحداث
- متلازمة تيرنر
- متلازمة ألبورت
- متلازمة كلاينفلتر

- البرامج التربوية للمعاقين جسدياً وصحياً

الاعاقات الجسمية والصحية

مقدمة:

يمكن القول ابتداءً أن الاعاقات الجسمية والصحية تتجاوز كل فئات التربية الخاصة الأخرى من حيث تنوعها ودرجاتها وأسبابها. لذلك من الصعب ايجاد تعريف شامل ودقيق ليشمل كل الاعاقات الجسمية والصحية. فهناك من العيوب ما لا يؤثر في قدرات الفرد العقلية، وفي الجانب الاكاديمي والاجتماعي والانفعالي، وقد تكون عيوب أخرى تؤثر في الأداء الاكاديمي والتكيف الاجتماعي والاتزان الانفعالي. فمثلاً القدم المسطحة تمثل الحالة الأولى إذ يستطيع الفرد ان يعيش بشكل عادي، في حين يؤدي الحثل العضلي أحيانا الى الموت في سن مبكرة.

ان الاصابات لا تكون بوزن واحد فلو أخذنا اصابات الجهاز العصبي المركزي فالصرع لا يكون له تأثير في الفرد كما هو الحال بالنسبة لاصابة الحبل الشوكي أو شلل الأطفال.

كما أن الاصابة الواحدة لا تكون بدرجة واحدة لذلك يختلف تأثيرها في الفرد فمثلا العمود الفقري المفتوح على أشكال يكون الكيس السحائي الشوكي أكثرها خطورة من الأخرى. واذا نظرنا الى الاعاقات الصحية ستجد تنوعاً كبيراً، ولا تكون بدرجة واحدة من التأثير فالربو ليس كالسل.

تعريف المعاقين جسدياً

نظراً لتعدد الاعاقات الجسمية والصحية الهائلة واختلاف درجاتها، وأنماطها وأسبابها فأنه من الصعب ايجاد تعريف واحد يغطي جميع هذه الاعاقات بشكل دقيق ويكون دقيقاً لكل اعاقة بذاتها. ولكن يمكن القول بشكل عام ان الأطفال المعاقين جسدياً هم اولئك الذين لديهم قصور جسمي او مشاكل صحية لا تجعلهم

يسيرون بشكل طبيعي كأقرانهم، أو قد تكون معرقلة لتعلمهم، والتحاقهم بالمدرسة الا بتقديم خدمات خاصة ومعدات تدريبية وتسهيلات تتناسب مع إعاقتهم.

أما اكثر الحالات والأمراض انتشاراً فهي الاعاقات العصبية والاصابات العضلية والعظمية، والتشوهات الولادية، والحوادث والأمراض الصحية.

هل هناك نمط شخصية واضحة لذوي الاعاقات الجسمية والصحية؟

الجواب سيكون بالتأكيد لا حيث لا يوجد نمط شخصية واضحة مرتبطة بكل هذه الاعاقات، كما لا يكون هناك نمط شخصية لاعاقات معينة، وقد يختلف نمط الشخصية بالاعاقة ذاتها. فهناك متغيرات كثيرة تؤثر في ذلك منها نوع الاعاقة وشدتها، والعمر الزمني للفرد، والوضع الاسري ورد فعل الاسرة، والمجتمع والاقران، والهيئة التعليمية، وردة فعل الفرد نفسه لحالته والتي تقترن بدافعيته وتقدمه واتجاهاته وقيمة والتي شكلت من خلال تفاعله مع المجتمع الذي يعيش فيه.

وبما أن المعاقين جسدياً يمثلون سلسلة كبيرة من الاعاقات لذلك فإن الصفات السلوكية والنفسية تختلف بشكل كبير جداً. فالاعاقات الشديدة والمرضية تكون اكثر تأثيراً في الجانب التربوي الذي يؤثر بدوره في رؤية الفرد لنفسه مما قد يخلق حالة من اللاتوافق النفسي وعدم التكيف الاجتماعي.

تصنيف الاعاقات الجسمية والصحية

سبق ان أشرنا في المقدمة ان الاعاقات الجسمية والصحية تتجاوز كل فئات التربية الخاصة لتنوعها الكبير، ودرجاتها المختلفة، وأسبابها الكثيرة، فكل اعاقة سواء كانت جسمية أو صحية قد يختلف تأثيرها عن الأخرى، وقبل ان نصنف هذه الاعاقات الجسمية والصحية لابد من الإشارة الى أننا لا نستطيع تغطيتها بشكل كامل وخاصة الصحية منها ولكن نركز على المهم منها.

أولاً: إصابة الجهاز العصبي المركزي (الاضطرابات العصبية)
Neurological Disorders

وتتضمن :

- الشلل المخي
- الصرع
- شلل الأطفال
- العمود الفقري المفتوح
- الاستسقاء الدماغي
- إصابات الحبل الشوكي
- التصلب المتعدد

ثانياً: الاضطرابات العظمية والعضلية Muscular and Skeletal Disorders

- الجنف
- الحدب
- البزخ
- التهاب المفاصل
- هشاشة العظام
- البتر
- تشوه القدم
- التهاب الورك "امراض لج بيرثز"
- شق الحلق والشفة المشرومة
- الكساح
- الحثل العضلي "ضمور العضلات"
- الضمور العضلي الشوكي

ثالثاً: الاضطرابات الصحية Health Disorders وتتضمن

- امراض القلب الولادية
- الربو
- التليف الحويصلي
- السل
- سكري الاحداث
- متلازمة تيرنر
- متلازمة البورت
- متلازمة كلاينفلتر

الاضطرابات العصبية

وهم الأطفال الذين يعانون من قصور عصبي نتيجة لتلف أو تدهور الجهاز العصبي المركزي (المكون من الدماغ والحبل الشوكي)

وفيما يلي استعراض لأشهر الاضطرابات العصبية :

الشلل المخي Cerebral Palsy

تمهيد

وهو اضطراب عصبي يصيب بعض أجزاء المخ يؤثر بشكل أساسي في حركة الفرد، وقد يصاحبه اما عوق عقلي أو عيوب سمعية أو بصرية، وغالبا ما يحدث أثناء مرحلة الطفولة. إنّ التشنج أو التقلص الذي يحدث في جزء من الجسم أو كل الجسم احيانا وخاصة في الحالات الحادة يؤدي الى عدم قدرة الفرد على التحكم الارادي لحركته نتيجة لفقدان المرونة في العضلات.

ان اعراض الشلل المخي قد لا تكون ملاحظة عند الطفل في الأسابيع الأولى أو الأشهر الأولى، واذا ظهرت الأعراض فيتطلب حينئذ التدخل المبكر من خلال عرضه على اخصائيين للمعالجة المبكرة وللحد من التدهور المتوقع.

تحدث الاصابة بالشلل المخي في مرحلة ما قبل الولادة وأثناء الولادة وما بعد الولادة لكلا الجنسين بغض النظر عن الانتماء او الوضع الاجتماعي او البيئة الجغرافية.. الخ

ولكن الحالات التي ترجع الى مرحلة ما قبل الولادة واثناءها هي اكثر من الحالات التي تحدث ما بعد الولادة ويسمى بالشلل المخي او الخلقي. ويعتقد ان حوالي 86% من حالات الشلل المخي هي من النوع الولادي و 14% من النوع المكتسب.

كما تشير الاحصائيات من ناحية اخرى الى ان اصابة الذكور بالشلل المخي اكثر من اصابة الاناث. (1)

وفي تقديري أن حالات الشلل المخي كغيرها من الاعاقات في تناقص مستمر عبر السنين السابقة للتقدم الطبي والعلمي، وازدياد درجة الوعى الانساني بشكل عام والمرأة بشكل خاص التي اصبحت تدرك اكثر من أي وقت مضى دورها كأم،

(1) الخطيب، جمال (1998) مقدمة في الاعاقات الجسمية والصحية. عمان: دار الشروق، ص 65 .

ومتطلبات فترة الحمل، وما تحتاج من رعاية وعناية وحذر شديد، والابتعاد عن كل ما يؤدي إلى أي شكل من أشكال الاعاقة.

الأسباب المؤدية إلى الشلل المخي

تكاد تكون الأسباب التي ذكرت في الاعاقة السابقة هي ذاتها التي تسبب الشلل المخي ومنها:

1- نقص الاوكسجين: هناك أسباب كثيرة تؤدي إلى نقصان الاوكسجين منها فقر الدم، او عدم حصول الام على نسبة كافية من الاوكسجين لتواجدها في مكان مقفل لا يتغير هواؤه لفترات طويلة بحيث ينقص الاوكسجين، ويزداد ثاني اكسيد الكربون. وقد يحدث نقص الاوكسجين خلال فترة الوضع عندما يحدث خللا في الجهاز التنفسي، او عسر الولادة او الولادة المبكرة وقد يحدث النزيف الذي يؤدي الى نقص الاوكسجين، وقد يكون هناك خلل في المشيمة اثناء الولادة كانفصال المشيمة قبل موعدها او نزيفها.

2- اصابة الأم بالحصبة الالمانية وخاصة في الاشهر الثلاثة الأولى.

3- اضطراب عملية التمثيل الغذائي وعدم الافراز الطبيعي للهرمونات المسؤولة عن التعامل مع البروتينات والدهون والسكريات.

4- اصابة الأم بالربو الشديد، او امراض القلب، او تضخم الغدة الدرقية.

5- اختلاف عامل RH الذي سبق شرحه.

6- الولادة المبكرة قد تسبب الشلل المخي نتيجة لعدم النضج والتكامل.

7- سوء التغذية المستمر للام خلال فترة الحمل قد يؤدي إلى عدم نمو الجهاز العصبي الحركي بشكل سليم، وربما يسبب الشلل المخي.

8- تعاطي الام العقاقير الطبية القوية وخاصة المضادات الحيوية وبجرعات عالية.

9- الحالة النفسية المزرية والمستمرة للأم خلال فترة الحمل والذي يؤدي إلى افراز هرموني قد يؤثر في الوظائف البيولوجية.

10- الولادة غير السليمة وخاصة تلك التي تحدث في الاماكن غير الصحية كالبيوت، ويقومون بها اناس ليسوا على دراية كافية بعملية التوليد الأمر الذي يجعل الوليد معرضا للرضوض والاصابات المختلفة او النزيف. وقد يستخدم احيانا ادوات غير صحية وغير معقمة.

11- قد يرتبط الشلل المخي احيانا بعمر الام الزمني وخاصة عندما تتعدى 40 سنة.

12- قد يجعل الحمل المتكرر والمتتابع او الاجهاض باستمرار المرأة اقل قدرة واضعف على تحمل أعباء الحمل وقد يسبب ذلك الشلل المخي.

13- قد يحدث الشلل المخي نتيجة تعرض الطفل للصدمات والكدمات والجروح والسقوط من اماكن مرتفعة التي تصيب رأسه وتؤثر في الخلايا المخية.

14- اصابة الطفل ببعض الأمراض وخاصة في الطفولة المبكرة كالحصبة الالمانية والسحايا والالتهاب الدماغي.

15- حالات التسمم عن طريق استخدام المواد السائلة كالرصاص والزئبق.

أنواع الشلل المخي

ان من أشهر التصنيفات في مجال الشلل المخي هي:

1- الشلل المخي التشنجي Spasticity Cerebral Palsy :

وهو اكثر الأنواع شيوعا وحدوثا ويمثل 70-80% [1] من حالات الشلل المخي. إن التقلص الشديد للعضلات يحدث نتيجة للتلف في القشرة الدماغية، وهو يؤدي بدوره إلى اضطراب حركي يؤثر في عملية المشي، فلا يستطيع الشخص المصاب بهذا النوع من الشلل ان يمشى مشيا طبيعيا كاقرانه الاعتياديين وانما تكون مشيته على اصابع القدم.

(1) Gulliford R. (1971) مصدر سابق , P.175.

كما يشير الخطيب [1] في ذات الوقت ان الشلل المخي الذي يسبب التلف في القشرة الدماغية يوجد فيها كذلك مراكز الدماغ العليا المسؤولة عن الوظائف الحيوية وغالبا ما يؤثر ذلك في السمع، والبصر والادراك والتفكير.

2- الشلل المخي التخبطي Athetosis Cerebral Palsy

وهو النوع الثاني من أنواع الشلل المخي، يكون اقل شهرة ونسبة من النوع الأول حيث تشير ادبيات الموضوع الى ان 10-20% تمثل هذا النوع.[2]

يظهر خلال هذا النوع من الشلل حركات عشوائية إلتوائية غير منتظمة تشبه حالات الرقص وذلك لعدم السيطرة. فالفرد اذا اراد ان يصل الى شيء ما فهو يقوم بعدة حركات لا تتسم بالقصدية المباشرة لذلك، كما تتخلل حركاته ارتجافا مستمرا، فضلا عن الوقت الذي يقضيه للوصول إلى الشيء. يؤثر هذا النوع في القدرة السمعية للفرد، وهي بدورها تؤثر في قدرته على اكتساب اللغة. لذلك يتعرض الفرد لمشكلات في التحدث، واذا ما تحدث فانه يبطئ جدا ولا يظهر الألفاظ بشكل واضح بحيث يجد المستقبل صعوبة في فهمه، وهذا يعكس بظلاله السليم على التفاعل الاجتماعي وقبوله كذلك.

3- الشلل المخي التخلجي (غير المنتظم)

وهو من الأنواع الأقل حدوثا إذ تشكل نسبتها حوالي 5% من حالات الشلل المخي[3] يحدث هذا النوع من الشلل بسبب خلل في المخيخ الذي يؤدي الى حالة من عدم التوازن لذلك سمى بالشلل المخي غير المتوازن او غير المنتظم في حركته، لأن الجسم لا يكون ثابتاً مستقراً. ويعاني المصاب بهذا النوع بالارتجاف واللاستقرار بسبب ضعف ورخاوة العضلات، فهو عرضه للوقوع بسهولة جدا.

(1) الخطيب، جمال (1998) مصدر سابق، ص 70.
(2) Gulliford مصدر سابق، ص 176.
(3) Gulliford ، المصدر السابق نفسه، ص 176 .

وقد تصاحب هذا النوع من الشلل حالات اخرى من الاعاقة كالاعاقة الذهنية او الاعاقة السمعية او الاعاقة البصرية او الصرع او اضطرابات الكلام واللغة.

4- الشلل المخي الارتعاشي Tremor Cerepral Palsy

وهو من النوع النادر الحدوث يتميز به الفرد عند قيامه بأداء عمل بارتعاش اطرافه بشكل لا ارادي، كما يتميز كذلك بنمطية الحركة لا تكون بدرجة واحدة من حيث السرعة والشدة، ويتعلق بشدة الخلل الذي سبب الحالة.

5- الشلل المخي التيبسي Rigidity Cerebral Palsy

ان هذا النوع اكثر ندرة في الحدوث من النوع السابق، يتصف بالتصلب والتشنج الذي يحد الفرد من القيام بحرية الحركة، والانتقال بشكل طبيعي من مكان الى آخر. غالباً ما تصاحب هذا النوع من الشلل الاعاقة العقلية.

اما التصنيف الآخر الذي يعتمد على الطرف او الاطراف المصابة او التي تظهر في الشكل الخارجي فهي:

1- الشلل النصفي (Hemiplegia) شلل في العضلات المحركة لاحد شقي الجسم الايمن أو الايسر بعد اصابة المراكز الحركية العليا في الجملة العصبية المركزية وخاصة في الدماغ. أي يحدث الشلل في اليد اليمنى والرجل اليمنى، أو اليد اليسرى والرجل اليسرى.

2- الشلل الثنائي المزدوج (Diplegia) وهو شلل يحدث في الأجزاء المتناظرة في جانبي الجسم، وقد يمثل هذا النوع من الشلل الاطراف السفلى اكثر من الأطراف العليا، وقد يظهر في الاطراف العليا والسفلى لكنها في الاطراف العليا طفيفة، ولكنها شديدة في الاطراف السفلى.

3- الشلل الرباعي (Quadriplegia) وهو الشلل الذي يصيب الاطراف العليا عندما تكون الاصابة في المنطقة العنقية والجزء الصدري لذلك تكون الاصابة في الاطراف العليا أشد من الأطراف السفلى.

4- الشلل الثلاثي (Triplegia) وهي الشلل الذي يصيب ثلاثة أطراف إما الأطراف العليا مع طرف سفلي او الأطراف السفلى مع طرف علوي وهو من الأنواع النادرة الحدوث.

5- الشلل الاحادي (Monoplegia) وهو الشلل الذي يصيب طرفاً واحداً من الجسم وحدوثها قليل جداً.

6- الشلل النصفي السفلي (Paraplegia) وهو الشلل الذي يحدث في الرجلين فقط.

أن الشلل المخي ليس قالباً واحداً وأعراض على درجة واحدة، وانما تكون درجته شديدة واحيانا متوسطة واخرى بسيطة، وتختلف كل واحدة عن الاخرى بأعراضها، فالنوع الشديد يعرقل بشكل كبير حركة الاذرع والارجل والايدي، وتحدد الحركة، كما تؤثر تأثيراً كبيراً في الكلام واللغة.

اما النوع المتوسط فهو يؤثر كذلك في القدرة الحركية ولكن ليس بنفس الدرجة السابقة إذ يستطيع الفرد ان يمشى، ولكن ليس بانتظام، وانما تكون حركته غير متوازنة وغير منتظمة. كما انهم يستخدمون ايديهم بصعوبة وذلك لعدم السيطرة التامة لحركاتهم كما يعاني في ذات الوقت من صعوبات في التحدث.

اما النوع الخفيف فهو اقل تأثيرا من النوعين السابقين على القدرة الحركية لكنها في ذات الوقت بطيئة غير منظمة، ولا يمكن ان ترقى لمستوى حركة اقرانه الاعتياديين. وغالبا ما ينخرط هؤلاء الأطفال بالمدارس العادية، او قد يعانون بعض الصعوبات عند قيامهم بالمهمات الاكاديمية فيكونون مثلا بطيئي في الكتابة والخط.

الصرع Epilepsy

نظرة استهلالية

عرف الصرع قديما في جميع بقاع العالم، ولم يكن مقتصرا على مكان معين او زمان محدد فقد عرفته جميع الشعوب والاجناس واختلفت النظرة اليه. فقد عد قديما مرضا واطلق عليه المرض المقدس لان الاعتقاد السائد قديما هو ان النوبة الصرعية تحدث بفعل ارواح شريرة في المخ.

كتب عنه أبقراط قبل حوالي 400 سنة قبل الميلاد [1] وهو لا يقتصر حدوثه على جنس بعينه وانما يحدث لكلا الجنسين، ويصيب الأطفال اكثر من الكبار لذلك تقدر الاحصائيات كما اشار القذافي [2] الى نسبة واحد الى ثلاثة بالمائة من الناس يعانون من الصرع وترتفع النسبة الى خمسة بالمائة بين الاطفال ممن هم دون السابعة من العمر.

وبالرغم من ان الصرع يصيب الجنسين الا ان هناك فارقا بينهما. وقد اشار عبد الغفار والشيخ [3] الى احدى الدراسات التي قام بها هملر وروفائيل Himler and Rapheal على عينة من المصابين بالصرع بلغت (95) طالبا وطالبة من جامعة متشجان الامريكية وقد وجد الباحثان ان متوسط السن الذي بدأ عنده حدوث النوبات الصرعية كان حوالي (17) سنة لكلا الجنسين، ووجدت حالتان مصابتان بالنوبات الصرعية منذ الولادة، كما ظهرت اصابة خمس حالات اخرى بتشجنات منذ ايام الطفولة، ولم تحدث لهم هذه التشنجات حتى سن الثامنة عشرة. أما نسبة الطلاب المصابين بالنوبات الصرعية الى الطالبات في هذه المجموعة فكانت (3) الى (1). وتشير منظمة الصحة العالمية الى ان نسبة انتشار الصرع هي اكثر في البلدان النامية قياسا بالدول المتقدمة حيث ان نسبتها في الدول المتقدمة

(1) جلال، سعد (1970) مصدر سابق ، ص 29 .

(2) القذافي، رمضان (1988) سيكولوجية الاعاقة. ليبيا: الدار العربية للكتاب، ص 169 .

(3) عبد الغفار والشيخ (1985) مصدر سابق، ص 190.

1% بينما في الدول النامية 2% وقد يصاحب الصرع حالات اعاقة اخرى اذ ان نسبة كبيرة جدا من المشلولين مخيا شللا تشنجياً يعانون من الصرع، وما يزيد عن 18% من المعاقين عقليا لديهم نوبات صرع [1] وقد شهدت العقود القليلة الماضية تقدما ملحوظا في تشخيص حالة الصرع واسبابه، وايجاد بعض العقاقير التي تحد من النوبات الصرعية اضافة الى بعض العلاجات السلوكية التي توقف زيادة النوبات الصرعية لدى المصاب.

انواع الصرع وأعراضه

يتمثل الصرع بتغير مفاجئ وغير عادي في النشاط الكيميائي الكهربائي للمخ يؤدي الى فقدان الوعي أو الغيبوبة وتشنج عصبي يدفع الفرد الى حركات غير طبيعية واضطرابات حسية وجسمية. وبالرغم من ان الاصابة الصرعية تكون مفاجئة ولكن قد تسبقها بعض المؤشرات لثوان معدودة كالدوار واحساس بعدم الراحة في البطن اما انواعه فهي:

1- النوبات الصرعية الكبرى

وهي اشد انواع الصرع خطورة واكثرها انتشارا وشيوعا واثارة للخوف تحدث هذه النوبات بشكل مفاجئ اذ نرى المصابين يتصرفون بشكل عادي قبل حدوث النوبة بدقائق فاذا هو متصلب متشجنة عضلاته، ممتدة ذراعاه وساقاه، ثم يقوم بحركات عنيفة وخاصة باطرافه بتقلص وانبساط وبشكل متتابع، يرفعها الى اعلى والى اسفل، وقد يضرب الارض برأسه، او يصك اسنانه، وقد يعض لسانه لذلك ينصح بوضع شيئا في فمه غير قابل للبلع لمنع حدوث عض اللسان، ويخرج الزبد من فمه لذلك ينصح بوضعه على احد جانبيه ليساعد ذلك على خروج الزبد، وقد يتوقف التنفس واحيانا قد يتبول او يتبرز بشكل لا ارادي، تستمر النوبة بضع دقائق ويعود تدريجيا الى الاسترخاء، ولا يتذكر المصاب ما قام به فكأنه في نوم

(1) الخطيب، جمال محمد (1998) مصدر سابق ، ص80.

عميق، ويعود بعضهم الى وعيهم بشكل سريع، وقد ينام بعضهم نوما عميقا قد تصل الى عدة ساعات. أما حدوث الصرع فيختلف من شخص لاخر فقد يحدث مرة في الاسبوع أو أكثر من مرة، وقد يكون متباعد احيانا ليصل الى سنة.

تكون هذه النوبات الصرعية اشد خطورة على الفرد اذ قد يتعرض احيانا الى الجروح والسقوط والحروق فقد تحدث الصرعة وهو قريب من اشياء جارحة، او قد تحدث خلال صعوده السلم، او قد يحدث وهو قريب من نار او مدفأة وما شابه ذلك.

2- النوبة الصرعية الصغرى

وهي نوبات بسيطة وسهلة اذا ما قورنت بالنوع الأول تحدث في مرحلة الطفولة، وتستمر جزءا من الدقيقة وقد تمر احيانا دون ملاحظة الاخرين تتمثل في تركيز النظر نحو شيء امامه ويتوقف عن العمل، او الحديث لفترة قصيرة، وقد يحدث اختلاج العينين، او قد يرمى ما في يده ثم يعود الفرد الى حالته الطبيعية. يختفى هذا النوع من النوبات بتقدم العمر.

3- النوبات الجاكسونية Jacksonian seizure

سميت بهذا الاسم لأن أول من توصل الى وصف هذا النوع من الصرع هو عالم الاعصاب جاكسون. يحدث هذا النوع من النوبات الصرعية في جزء من الجسم وليس كله فقد تحدث في الاطراف السفلى او الايدي، وغالبا ما يكون المصاب خلال هذه النوبات بوعيه، واذا ما انتشرت فقد تكون مدعاة الى فقدان الوعي، وتشنج عام بحيث تكون كالنوبة الصرعية الكبرى.

4- الصراع النفس حركي Psychomotor Epilepsy :

تتميز هذه النوبات بالاضطراب الشعوري للفرد فهو يتصرف بلا شعور حيث يقوم بحركات لا ارادية، وهذه الحركات تختلف من شخص الى آخر فقد يمشى او يقفز دون هدف، او يفرك اليدين او الرجلين، او قد يتكلم كلاما لا يتسم بالمنطق والاتساق، وتستمر هذه النوبات دقائق وقد تصل احيانا الى ساعات او ايام.

أسباب حدوث الصرع

ان السبب الرئيسي لحدوث النوبات الصرعية هو اضطراب او اصابة المخ بتلف او عطب يؤدي الى صدور شحنات كهربائية، وهي تختلف في شدتها عن الشحنات العادية مما يؤدي إلى حالة الصرع.

وقد تضاربت الاراء ووجهات النظر حول كونها وراثية او غير وراثية فقد يحدث الصرع نتيجة لاستعداد وراثي قبل الولادة، او قد يحدث لسبب اثناء الولادة، وربما بعد الولادة كاصابة الطفل بالحصبة الالمانية او السعال الديكي، او الالتهاب السحائي او التهاب المخ، او انخفاض منسوب السكر في الدم، او اضطراب نشاط الغدد فوق الدرقية. ولكن هناك اعتقاد بان للوراثة دورا في ذلك بدليل ان الباحثين وجدوا بدراسة تاريخ الاسرة ان نسبة حالات الصرع تكون خمسة امثال المجتمع الكبير بالاضافة الى ذلك فان موجات المخ الصرعية غالبا ما توجد عند اقارب المصابين بالصرع بدرجة تفوق وجودها عند افراد المجتمع الكبير عامة [1] وقد فسرت من جانب آخر احدى النظريات العصبية طبيعة النوبة الصرعية وهي نظرية التهيج (Irritation theory) والتي تقول ان النوبات الصرعية تنتج من الاثارة والتهيج المباشر داخل اللحاء المخي (Cerebral Cortex) بحيث يصبح النسيج العصبي للحاء حساسا للغاية للاثارة والتهيج الامر الذي يؤدي الى تفريغ غير عادي لنيرونات المخ مؤديا الى اعراض صرعية، وقد يكون ذلك مرتبطا بتغيرات ايضية metabolic changes [2]وهناك من يرى ان إصابة المخ بالتلف أو العطب الذي يترك اثارا على شكل ندب، وهذه الندب تفرز سوائل كيميائية تتجمع في الخلايا العصبية وعند زيادتها بشكل اكثر من الحالة العادية تؤدي الى شحنات مكثفة وسريعة وتحرك وتستثير الخلايا الاخرى الى ان يغمر النشاط العصبي الكهربائي

---

(1) عبد الغفار والشيخ ، مصدر سابق، ص 195 .

(2) القذافي، رمضان، مصدر سابق، ص 171

للمخ بشكل شديد ومفاجئ. ويمكن ان يكون هناك ارتباط بين الصراع النفسي والاحباط كعامل مساعد ومهيئ للاستعداد العضوي لحدوث النوبة الصرعية بدليل انه استخدم كثير من الفنيات العلاجية في برامج تعديل السلوك للحد أو تقليل حالات النوبات الصرعية كما سيجري توضيح ذلك.

تشخيص الصرع

ان من اشهر واكثر المحكات التي تستخدم في تشخيص الصرع هو جهاز تسجيل موجات المخ الكهربائية Electroencephalograph والذي يسجل رسوم بيانية لتيارات المخ الكهربائية كتلك التي نراها في تخطيط القلب لنتعرف من خلال هذه الرسوم على الفرق بين الانسان الاعتيادي والمصابين بالصرع. ويجري تسجيل السعة والذبذبة من خلال صفائح ستة تربط باجزاء متفرقة في الرأس مع واحدة تشكل في لحمة الاذن. وقد تستخدم مع المصابين بالصرع بعض الاختبارات النفسية التي تساعد في عملية التشخيص. ومن هذه الاختبارات اختبار رورشاخ حيث توصل هذا العالم في دراسته التي اجراها على عشرين حالة من المصابين بالصرع الى بعض العلامات المميزة لهم، وهي تعدد استجابات الالوان، والميل الى التحادث والتشاور، والتركيز على التناسق، ووصف الألوان وعدد الألوان وتسميتها، والبطء في الترابطات [1] ولكن لا يمكن الاعتماد على هذه العلامات بشكل كامل لانها مشتركة بالرغم من تميز المصابين بالصرع بها. ويفترض ان نعتمد الى جانب ذلك الفحوص الطبية. كما يمكن الاستفادة من اختبارات الذكاء في هذا الجانب حيث توصلت اختبارات الذكاء التي اجريت على المصابين بالصرع الى قصور في بعض الأنشطة العقلية كالانتباه والتذكر والتركيز. وفي تقديري ان المحك الأساسي في مجال تشخيص حالة الصرع هو التشخيص الطبي، وما الاختبارات النفسية الا محكات مساعدة للتشخيص الطبي، وقد يستفاد منها في معرفة السمات الشخصية

---

(1) عبد الغفار والشيخ ، مصدر سابق، ص 198.

للمصابين بالصرع، ومعرفة التغيرات التي قد تطرأ على هذه السمات خلال فترة العلاج.

خصائص المصابين بالصرع

لم يتفق المهتمون في هذا المجال على خصائص معينة للاشخاص المصابين بالصرع وهي في تقديري مسألة طبيعية ما زالت هناك فروق فردية بين فرد واخر وبين قدرات الفرد العقلية ذاته. فقد لا تكون على سبيل المثال القدرة الاستدلالية هي بنفس الدرجة للقدرة على التذكر. وهناك من يقول في الصدد ان حالة الصرع لا تؤثر في القدرات العقلية للفرد، وقد يستشهد بامثلة من المتميزين عبر التاريخ كهرقل ويوليوس قيصر وشارل الخامس ونابليون. في حين دلت بعض الدراسات على وجود فرق بين غير المصابين والمصابين بالصرع فقد طبق لينوكس وكولينز Lennox and Collins [1] مجموعة من الاختبارات على (63) توأما كان ثلاثون منهم مصابين بالصرع. توصل الباحثان الى ان متوسط نسبة ذكاء غير المصابين بالصرع (108) بينما كان متوسط نسبة ذكاء المصابين بالصرع (96)

لذلك يوجد تعارض في الآراء، وارى ان أي خلل او نقص سيفرز بظلاله على الفرد وسماته الشخصية بدرجات متفاوتة، وقد يدفع هذا النقص او الخلل صاحبه لاستغلال ما عنده من قدرات يمكن التميز بها لاثبات ذاته وليعوض ذلك النقص.

وقد اشرنا في مكان آخر الى احدى النظريات التي فسرت حالة التفوق والتميز وهو شعور الفرد بالنقص الذي يتطلب منه حالة من التعويض.

ان المتغيرات البيئية السليمة والصحية التي يتعرض لها الطفل المصاب بالصرع هي كفيلة بنموه نمواً سليماً لان الجو العام الذي يعيشه الطفل يجعل طريقه سهلاً ممهداً في حين هناك من المتغيرات البيئية ما تجعل الطريق وعراً تتخلله الاشواك.

---

(1) عبد الغفار والشيخ ، مصدر سابق، ص 200

فالسلوك التربوي السليم والدقيق من قبل القائمين على الطفل المصاب بالصرع وخاصة الاسرة، والاستيعاب الكامل لحاجاته وخاصة النفسية، والتعامل معه كطفل اعتيادي متجاوزين حالة الصرع تماماً هي كفيلة بنموه نمواً طبيعياً. بينما تلجأ بعض الأسر الى التركيز بشكل كبير على حالة الصرع بحيث تحد من حركات ابنهم خشية من وقوع النوبة، ويكون مراقباً على طول الخط الامر الذي يجعله يشعر بخلله بشكل مستمر مما يؤثر سلباً في رؤيته لنفسه وثقته بها. ويكون كذلك معتمداً على آخرين، وقد يصيبه الخوف والقلق وهذا يؤثر بشكل سلبي في التفاعل الاجتماعي مع الاخرين.

وفي هذا السياق فقد اشار عبد الغفار والشيخ [1] الى ان الاخصائيين وصفوا المصابين بالصرع بسمات غير مستحبة وسقيمة

فمثلاً غالبا ما يوصف المصاب بالصرع بأنه متمركز حول ذاته واناني وغير مستقر ومتشكك وعنيف ومتقلب المزاج وقاس، كما ان الطفل المصروع يكون سيئ التوافق في المنزل والمدرسة.

لذلك يمكن القول ان الموقف الاجتماعي غير السليم يكون اشد وقعاً على الطفل المصاب بالصرع من النوبة ذاتها. وهذا ما يدفع المصروع احياناً الى شعوره ببعض الانات والارهاصات الذاتية التي يفرزها عن طرق شتى كالانسحاب، او التقولب على الذات، أو العدوان بأي شكل من اشكاله سواء كان صريحا او مستتراً.

علاج الصرع

لقد استخدمت طرق متعددة للحد او لعلاج النوبات الصرعية للفرد تختلف في درجة استخدامها وفائدتها، واشهر هذه الطرق هي:

(1) عبد الغفار والشيخ ، مصدر سابق، ص 201 .

أ- العلاج الطبي: لقد استخدم العلاج الطبي منذ عشرات السنين بشكل كبير جداً وحقق نجاحاً للحد او التقليل من النوبات الصرعية، ومن الأدوية التي استخدمت في علاج الصرع هي: (1)

1- الفينوباربتال Phenobarbital الذي استخدمه الدكتور الفريد هوبتمان Alferd Hauptman عام 1911 للنوبة الكبرى. وهذا الدواء له اثار جانبية كالخمول، والنشاط الزائد والطفح الجلدي.

2- الدلانتين Delantine الذي اكتشفه كل من بوتنام وميرت Putnam and Merritt عام 1937 للنوبة الكبرى والنوبة النفسية الحركية. استخدم مع 118 شخصاً من المصابين بالصرع تم شفاه 60% من الحالات ونقص عدد نوبات الصرع وشدتها 30% من الحالات الباقية.

3- مايسولين Mysoline ويستخدم للنوبة الكبرى والنوبة النفسية الحركية، وقد يؤدي هذا الدواء الى الدوار والغثيان والتقيؤ.

4- الترديون Tridione استخدم هذا الدواء مع (182) من المصابين بالصرع. تم شفاء 31% منهم، وقلت حالات النوبات التشنجية 31% اخرى.

5- الديباكين Depakene واستخدم بشكل أساسي للنوبة الصرعية الكبرى والنوبة الصرعية الصغرى، له آثار جانبية كالدوار والنشاط الزائد والسلوك العدواني وسرعة الاثارة.

وقد يلجأ احياناً في بعض حالات الصرع وخاصة الصرع النفسي حركي الى عملية جراحية.

---

(1) عبد الغفار والشيخ ، مصدر سابق، ص 203 ، والخطيب، محمد جمال، مصدر سابق، ص84 ، هلهان وكوفمان، مصدر سابق.

العلاج النفسي

يعد العلاج النفسي مكملاً ومساعداً للعلاج الطبي للتخفيف من المعاناة النفسية التي قد يتعرض لها الطفل المصاب بالصرع. يكون ذلك عن طريق شخص مختص. تختلف اساليب العلاج النفسي تبعاً لمتغيرات كثيرة كحالة الصرع ذاتها وشدتها واستمراريتها، والمصروع وسماته الشخصية، وعمره الزمني، وظروفه البيئية.

ويركز المختص النفسي على جعل المصاب بالصرع متفهماً حالته تفهماً واعياً مبصراً بحيث يدرك تماما ان هذه الحالة تأتي وتذهب بسرعة دون ان تشغل لب عقله وتسيطر عليه، وأن ينظر الى امام لتحقيق ما يصبو اليه من آمال وأهداف وطموحات دون ان يلتفت الى حالة الصرع.

ولا يقتصر الارشاد والتوجيه على الشخص المصاب بالصرع فقط وانما الذين يتعاملون معه وبشكل خاص اولياء الأمور والمعلمين.

فمثلاً عند تعاطي الاشخاص المصابين بالصرع بعض العقاقير الطبية التي لها آثار جانبية كالدوار والغثيان والتقيؤ والنشاط الزائد والخمول وغيرها. على الاباء والمعلمين ان يستوعبوا هذا الحال ويتعاملوا معها بشكل سليم ودقيق.

العلاج الاجتماعي

يركز العلاج الاجتماعي على دفع الشخص المصاب بالصرع للقيام بجميع الأنشطة والفعاليات الاجتماعية حاله حال الشخص الاعتيادي، وان يشجع على القيام بكل ما من شانه ان يعزز قبوله الاجتماعي سواء في البيت او المدرسة او المحلة. كما ان الاباء والمعلمين ومن يتعامل مع هؤلاء المصابين بالصرع مطالبون بالتعامل بشكل عادي دون اشعارهم بنقص او خلل، وان يبتعدوا قدر الامكان عن تحديد حركتهم او العناية المفرطة أو مراقبتهم مراقبة مستمرة وكل ما من شأنه ان يشعرهم بانهم يختلفون عن اقرانهم غير المصابين بالصرع، وان يعزز المختص الاجتماعي في نفسه ان حالة الصرع ليست معيبة اجتماعيا.

العلاج السلوكي

لقد شهدت السنوات الأخيرة استخداما للعلاج السلوكي للحد من تأثير المتغيرات البيئية التي تساعد على زيادة النوبات الصرعية. وقد يكون هذا العلاج مساعدا للعلاج الطبي وخاصة اذا كان سبب الصرع عضويا. اما اذا كان سبب الصرع نفسيا فيمكن علاجه عن طريق أساليب تعديل السلوك.

استخدمت فنيات تعديل السلوك كاسلوب علاج في خفض تكرار وشدة حالات من النوبات الصرعية، وذلك من خلال التعامل مع النوبات الصرعية كنمط سلوكي كغيره من السلوكات التي يمكن التحكم بها من خلال ضبط المتغيرات البيئية التي تساعد على زيادة تكرارية النوبات الصرعية.

فالانتباه والاهتمام والرعاية الكبيرة التي يتلقاها الطفل المصاب بالصرع بعد حدوث النوبة قد تعد معززا للطفل لزيادة تكرارية النوبات الصرعية. ولقد أشارت دراسات إلى جود منبهات تسبق حدوث النوبة مثل شعور باحساسات معينة في المعدة أو الدوار او تنمل الاقدام او الايدي او احساسات غريبة في العين او الراس او العضلات، وفي هذا الحال يمكن للعلاج السلوكي ان يغير من مجريات سلسلة المنبهات المنذرة بحدوث النوبة من خلال تغيير مساره الى مسار آخر كأن يعاقب بشكل ما بحيث تسيطر هذه العقوبة على لب عقله مبعدة تلك المنبهات من تحقيق النوبة الصرعية. وقد أشرنا سلفا ان بعض النوبات الصرعية قد تحدث كرد فعل للضغوط النفسية والتي يمكن ان تستخدم لعلاجها فنية الاسترخاء Relaxation او تقليل الحساسية التدريجي او استراتيجيات تعديل السلوك المعرفي. ومن التجارب التي استخدمت فنيات تعديل السلوك لعلاج حالة الصرع تجربة كاردنر Gardner[1] الذي طبق فنية التعزيز التفاضلي مع طفلة بالعاشرة من عمرها. تطلب الامر تدريب الوالدين على تجاهل الطفلة اثناء حدوث النوبة وبعدها، وتعزيز السلوك

(1) Gardner. J. (1967) Behaviour therapy: treatment approach to Apsychogenic seizure care. Journal of Consulting Psychology. 31, 209-212 .

المرغوب فيه. لقد ادى هذا الاجراء الى توقف النوبات الصرعية خلال اسبوعين ثم توبعت الطفلة لمدة سنة ونصف ولم تحدث لها اية نوبة. كما استخدمت فنيات الاشراط المنفر Aversive Conditioning كالصدمة الكهربائية، وكانت فاعلة في ايقاف النوبات الصرعية واستخدم إنس Ince [1] فنية الاسترخاء مع طفل يبلغ من العمر (12) سنة حيث تم تدريبه على الاسترخاء العضلي التام في تلك المواقف، وقد أدى هذا الاجراء الى توقف النوبات الصرعية بعد (30) جلسة علاجية لفترة اربعة اشهر. وهنالك أساليب اخرى يمكن ان تستخدم مع الاشخاص المصابين بالصرع كالابعاد والتعزيز بانواعه.

شلل الأطفال

وهو من الأمراض المعدية تسببه فيروسات صغيرة جدا لا ترى بالعين المجردة ولا بالمجهر العادي بل يمكن رؤيتها بالمجهر الالكتروني، يؤثر هذا المرض بشكل كبير في الخلايا الحركية في النخاع الشوكي.

ينتقل هذا المرض عن طريق الاشخاص المصابين بالمرض، أو عن طريق الذباب والحشرات التي تأخذ الفيروس من البصاق او المخاط الذي يفرزه المريض. ان العدوى بهذا المرض عالية جدا نظرا لأنه لا يتأثر في معاملة بعض المواد كالكحول والمضادات الحيوية، والاشعة فوق البنفسجية، ودرجة الحرارة العالية والمنخفضة.

تصل الفيروسات الى النخاع الشوكي عن طريق الجهاز الهضمي والذي يؤثر تأثيراً كبيراً في الخلايا المسؤولة عن الحركة، وفي حالة تلفها يؤدي الى ضرر في اجزاء الجسم بقدر التلف الحاصل في الخلايا هل هو في عضلة واحدة، او عدة عضلات،

(1) Ince, L. (1976) The use of relaxation training a conditioned stimulus in the elimination of epileptic seizures in a child. Acase study . Journal of Behaviour Therapy and Experimental psychiatry, 7, 32-42 .

هل تتعلق باليد او الذراع بكامله، او قدم واحد أو قدمين، او الساق كله او الساقين، او قد تكون الاطراف السفلى والاطراف العليا.

كان هذا المرض من اشد الأمراض فتكا بالانسان قبل منتصف القرن العشرين الامر الذي ادى الى دعوة ومناشدة عالمية للحد من هذا المرض الفتاك الى ان وصل عام 1955 الى الفيروسات المسببة للمرض، وهذا أدى الى التوصل الى التطعيم الذي يحد من هذا المرض الفتاك عن طريق الفم وبجرعات متعددة تكون:

أ- جرعة الصفر وتكون بعد الولادة مباشرة.

ب- الجرعة الاولى وتكون في الاسبوع السادس

جـ- الجرعة الثانية وتكون في الشهر العاشر

د- الجرعة الثالثة وتكون في نهاية الاسبوع الرابع عشر

هـ- الجرعة المنشطة وتكون في نهاية الشهر الثامن عشر.

ان اكتشاف اللقاح ساعد كثيرا على القضاء عليه اذا اصبح حدوثه نادرا بعد ان كان شائعا لسنين عديدة، تظهر أعراض المرض بعد حدوث العدوى بثلاثة ايام الى عشرة ايام حيث ترتفع درجة الحرارة بشكل ملحوظ، يصاحبها تقيء، وامساك، وتصلب في الرقبة، والعمود الفقري. وبعد فترة لا يستطيع الطفل ان يقف، وقد لا يستطيع تحريك ساقه. اما اخطر ما يتعرض اليه الطفل خلال هذا المرض هو اصابة العضلات المسؤولة عن التنفس، وهذا يتطلب استخدام اجهزة تنفس اصطناعية. أما العلاج فهو بحسب الاصابة هل تتعلق بالساق او اليد او الذراع. ويستخدم عالميا العلاج الطبيعي، واحيانا يلجأ الى العلاج الجراحي من خلال طبيب عظام يصحبه العلاج الطبيعي. كما يتطلب توفير المعينات المساعدة كالعكازات والعصى والاحذية والكراسي المتحركة.

ان هذه الاعاقة قد لا تؤثر في القدرات العقلية للطفل بحد ذاتها، ولكن ما تفرزه من تعامل سيء من قبل الاخرين سواء من الاسرة او المدرسة او المجتمع المحلي الذي يؤدي الى تفاقم الحالة النفسية للطفل مما ينعكس بشكل سلبي على

الجانب الاجتماعي والثقافي والجسمي وحتى العقلي، لان هذه الجوانب الأربع لا يمكن الفصل بينها تماما إذ كل منهما يؤثر في الاخر بدرجات متفاوتة.

لذلك يحتاج هؤلاء الاطفال الى رعاية وعناية واهتمام وسلوك واع مسؤول من قبل الاسرة والمؤسسات التعليمية لخلق جو صحي من خلال حث أقرانهم على التعامل معهم بشكل سليم دون أي شكل من اشكال الاستغلال لاعاقتهم، والنيل منهم، او الحط من مكانتهم، واشعارهم باستمرار على انهم أطفال اعتياديون وخاصة فيما يتعلق بقدراتهم العقلية والمعرفية لذلك فانهم يلتحقون في أغلب الاحيان بالمدارس العادية، ويحتاج هؤلاء الاطفال الى خدمات اجتماعية ونفسية، وخاصة خلال العلاج التأهيلي والتركيز قدر الامكان على الجوانب الايجابية دون التركيز على حالة الاعاقة، ويجب ان يركز المهتمون بهؤلاء الأطفال على مبدأ التعزيز الايجابي لكل حركة يقومون بها والتي من شأنها ان تقوى عضلاتهم وبشكل مستمر لمزيد من العطاء والمثابرة.

العمود الفقري المفتوح Spina Bifida

وهو احد الاضطرابات العصبية، يتكون من كلمتين (Spine) وتعني العمود الفقري و (Bifida) وتعني المفتوح (المفلوق، المشقوق) وهو عبارة عن خلل غير طبيعي يحدث خلال تطور العمود الفقري للجنين بعد مرحلة التخصيب بـــ (24-26) يوماً. [(1)]

ينتج لعدم غلق فقرات العمود الفقري بالحبل الشوكي (وهو القناة العصبية الرئيسية) وربما شكل بشكل غير طبيعي أو اتلف. وبالتالي يتكون في ظهر الجنين منطقة ناعمة غير محمية ويمكن ان تنتفخ خلال الجلد ليكون كيساً داكناً. يغطي هذا الكيس طبقة طفيفة من الجلد ممكن ان يؤدي إلى تسرب سائلا من العمود الفقري او الدماغ.

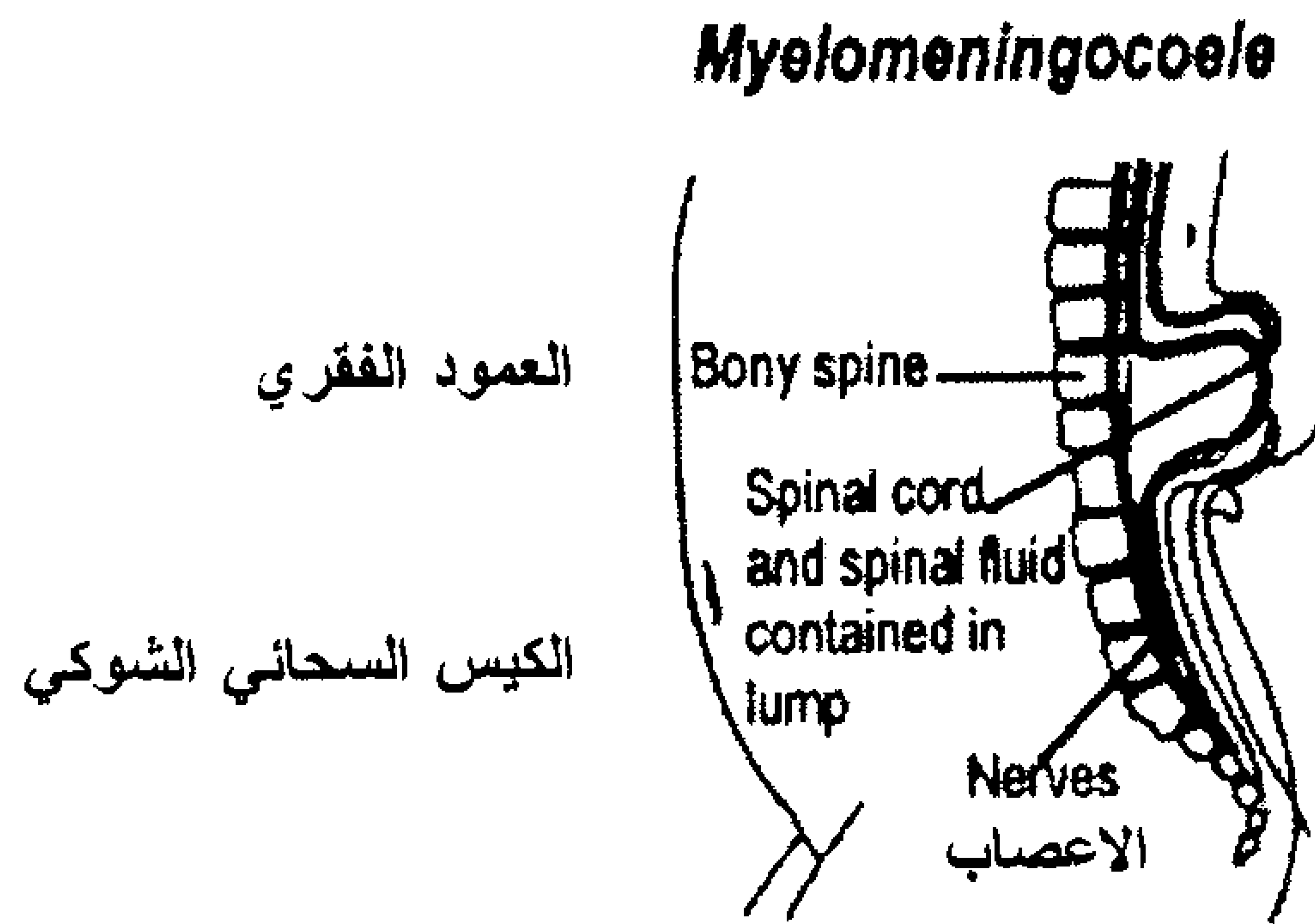
(1) Suadi Journal of Disability and Rehabilitation Riyad 8 , N. 1, 2, 2002.

انواع العمود الفقري المفتوح

هنالك ثلاثة أنواع من العمود الفقري المفتوح وهي:

1- الكيس السحائي الشوكي (Myelomeningococle) [1] وهو اكثر الانواع شيوعاً والاكثر خطورة حيث يبرز جزء من الحبل الشوكي والاعصاب ليشكل كيساً يحتوي على السائل الشوكي السحائي والشكل الآتي يوضح ذلك.

شكل (4) الكيس السحائي الشوكي



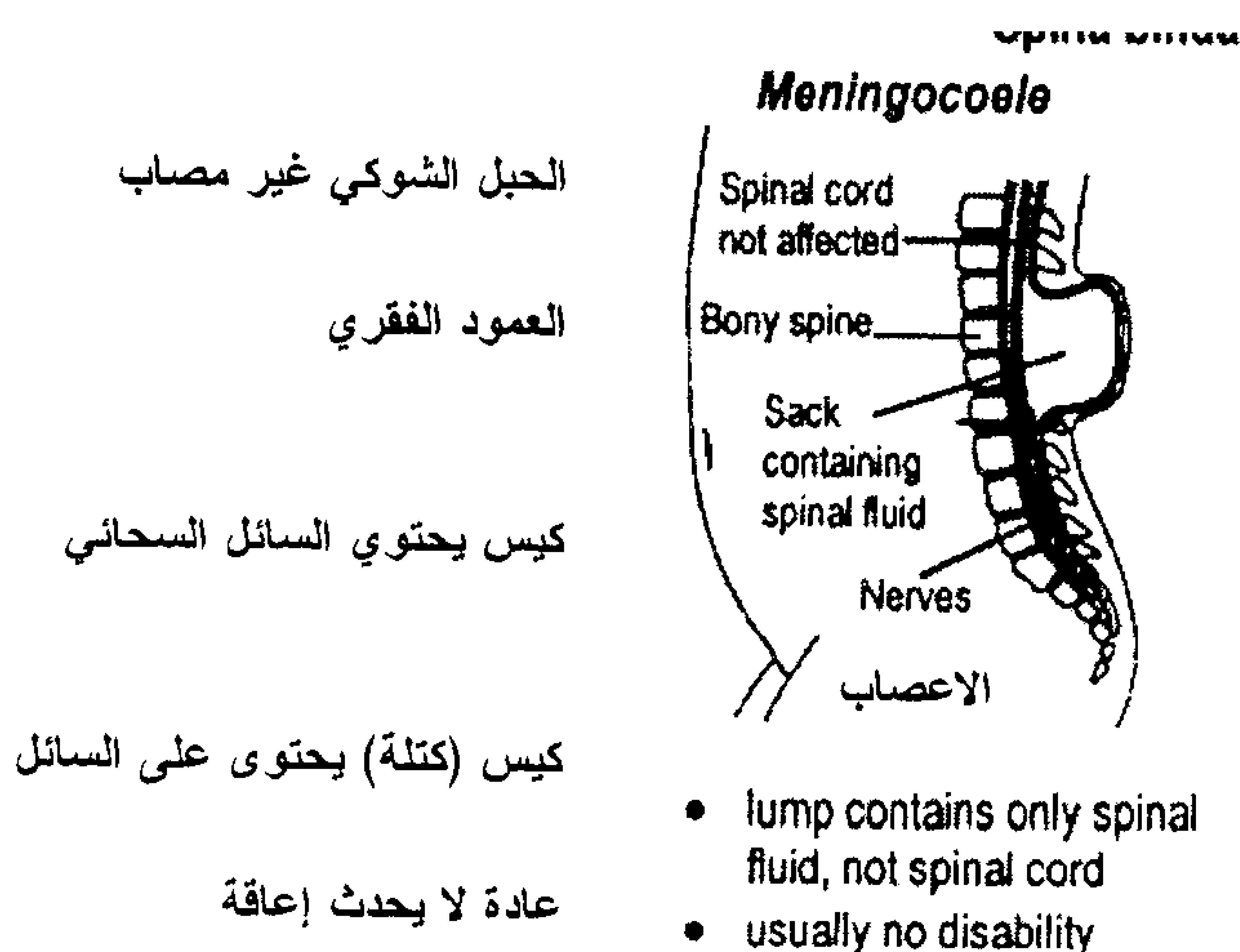
- lump contains spinal fluid and spinal cord — كيس يحتوي السائل السحائي الشوكي
- lump may be open or covered by skin — ربما يكون الكيس مفتوحاً أو مغطى بالجلد
- permanent disability which varies from mild to severe — اعاقة دائمة مختلفة من البسيط الى الشديد

---

(1) المصدر السابق نفسه .

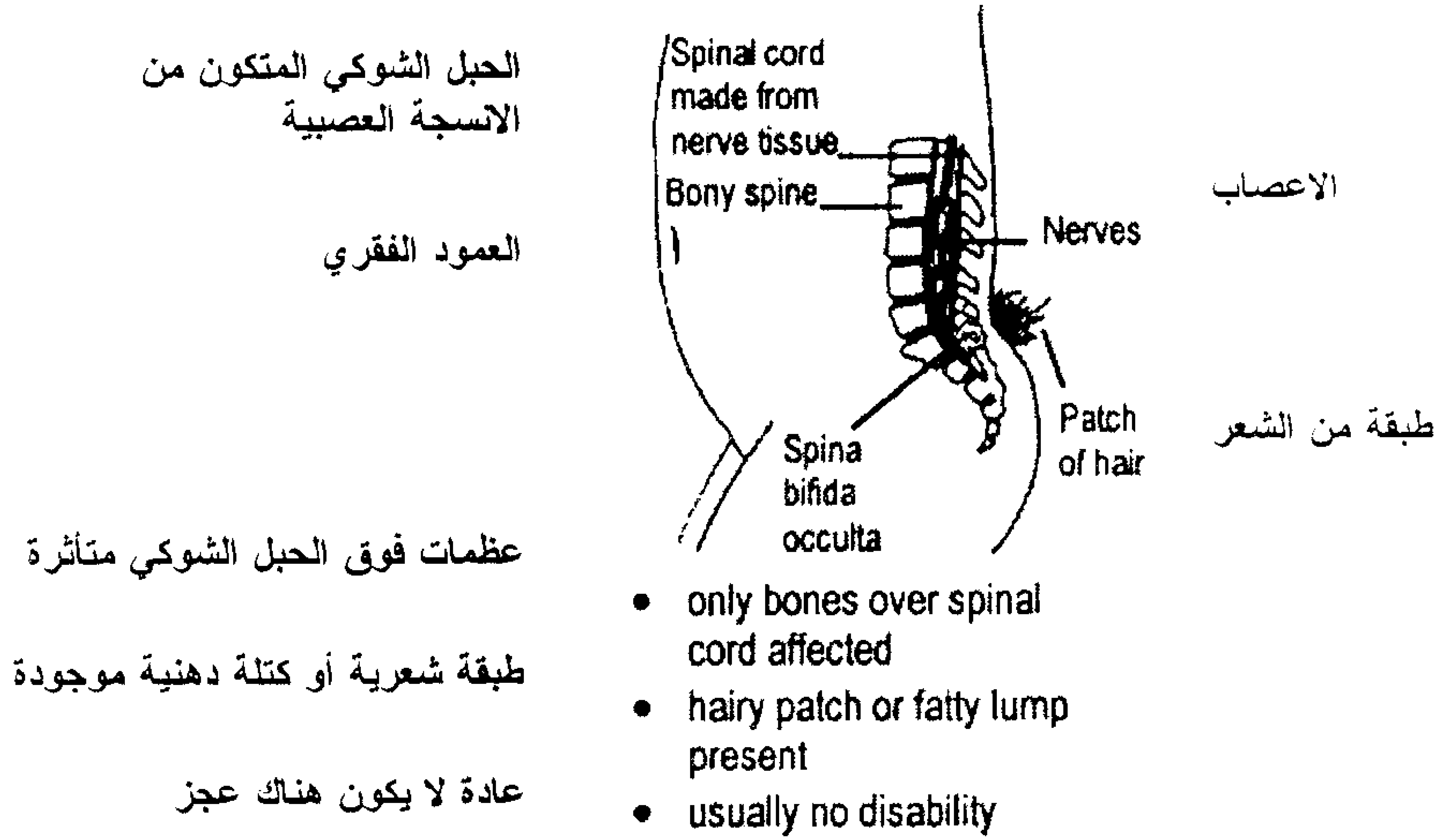
2- الكيس السحائي (Meningocoele) وهو الدرجة الثانية من حيث الحدوث حيث يظهر كيس يحتوي على السائل الشوكي فقط، ويكون الحبل الشوكي طبيعياً، ولا تكون هناك اعاقة او عجز كما هو في الحالة الاولى. والشكل الآتي يوضح ذلك

شكل (5) الكيس السحائي



3- العمود الفقري غير المفتوح (Occulta) وهي اقل حدوثا من الحالتين السابقتين وليس لها خطورة إذ هي مجرد بقعة شعرية تظهر على الظهر، لا يحدث خلالها تسرب النخاع الشوكي. والشكل التالي يوضح ذلك

شكل (6) للعمود الفقري غير المفتوح



تأثير العمود الفقري المفتوح على الطفل

يعد الحبل الشوكي ساعي البريد الذي يحمل الرسائل بين الدماغ والجسم والأطراف، وهذه الرسائل تساعد على السيطرة الحركية للأطراف، كما انها تخبر الدماغ حول المشاعر الحسية، الالم، والاشارات في المعدة والامعاء.

ان الخلل الذي يحدث في الاعصاب في العمود الفقري المفتوح نتيجة لعدم تشكل الحبل الشوكي بشكل طبيعي لا يكون بدرجة واحدة، ويعتمد ذلك على الكيس الذي جمع في الظهر من خلال كمية الاعصاب المعطبة وتؤدي الى [1]

1- ضعف عضلي أو شلل ويمكن ان يكون هذا الشلل اما من النوع التشنجي (Spastic) او النوع الترهلي (الرخو) (Flaccid)

---

(1) المصدر السابق نفسه .

2- ضعف الاحساس في الجلد

3- ضعف في السيطرة على الامعاء والمثانة

ويمكن تصنيف المشاكل التي تحدث نتيجة للعمود الفقري المفتوح إلى

1- المشاكل الاولية (الاساسية) وتتضمن

أ- الحركية: حيث لا يستطيع الوقوف بمفرده الا بدعم ومساعدة، وقد يحتاج الى كرسي متحرك.

ب- المشاكل في العظام والمرافق

جـ- ضعف الاحساس في الجلد

د- ضعف السيطرة على المثانة والامعاء

2- المشاكل الثانوية

وهي مشاكل اجتماعية ونفسية، صعوبات تعلم، مشاكل انفعالية لنقص الاعتبار الذاتي، قصور في تدريب المهارات الاجتماعية، الحساسية ضد منتجات المطاط ، البدانة، والاكتئاب.

هل يمكن منع حدوث العمود الفقري المفتوح

لا يوجد سبب واحد يمكن ان يعزى له حدوث العمود الفقري المفتوح، وتكاد تكون غير مفهومة تماماً. ولكن يمكن ان نقلل من حدوثها من خلال اضافة حامض الفوليك الى الطعام والاكثار من فيتامين (B12) ويمكن للمرأة الحامل أن تأخذ حامض الفوليك على شكل حبوب.

كما يجب ان تتحصن بالغذاء الصحي من خلال الاغذية المهمة كالحبوب وصفار البيض والكبدة والخضروات غير المسلوقة وخاصة تلك التي تحتوي الأوراق الخضراء القاتمة كالسبانخ، والقرنبيط، والاكثار من الفواكة أو عصير الفواكة. ويفترض ان يكون ذلك قبل واثناء الحمل وخاصة في الاسابيع الاولى.

واذا كانت المرأة تتناول بعض العقاقير لمنع بعض الأمراض كالصرع فعليها زيادة حامض الفوليك. كما يفترض الامتناع عن أخذ الكحول قبل واثناء فترة الحمل.

ماذا يفترض القيام به عندما يولد الطفل بالعمود الفقري المفتوح

يتطلب الأمر مراجعة الطبيب المختص حالما تكتشف الحالة، وقد يحتاج إلى اجراء عملية جراحية اذ يبقى الطفل فترة من الزمن في المستشفى، وعندما يعود الى البيت، يجب انه يقيم بشكل دقيق من قبل المختصين وبشكل خاص المعالج الوظيفي والمعالج الطبيعي لوضع الخطة العلاجية، أو تأهيله وتعزيز تطوره ونموه.

ويركز الاختصاصيون في عملية التقييم على ثلاثة جوانب رئيسية هي:

1- الجانب الحركي (الوظائف العضلية) وتتضمن

وجود او عدم وجود حركات في الارجل من انشطة متعددة كفحص ثني القدم والرجل من خلال الركبة، وابعاد الرجل من خلال الركبة، وابعاد الرجل عن وسط الجسم، وتقريبها منه، معرفة مرونة الركبة عند الانحناء، وتوترها عن الاستقامة، وتحريك رسخ القدم الى الاعلى والاسفل.

2- تقييم التوتر والتقلص والتشوهات

قد يولد الطفل ولديه بعض المرافق والعضلات متقلصة أو مشوهة نتيجة لان قوة بعض العضلات اكثر من الأخرى. وربما تكون المرافق لا تتحرك وتبقى على هيئة واحدة. ان التقلص بطبيعة الحال يمنع من الحركة بشكل طبيعي، وقد يكون المرفق لا يتحرك على الاطلاق. لذلك يجري فحص المرافق والاطراف.

3- وجود او عدم وجود الاحساس في الارجل

وقد تكون المسألة صعبة في بداية عمر الطفل لمعرفة هل لدى الطفل احساس في الارجل أو لا، ولكن الطريقة الفضلى المستخدمة هو غرز دبوس صغير في قدم الطفل فاذا استجاب بالبكاء فهذا مؤشر على وجود احساس في الارجل، اما اذا لم يستجب الطفل فهذا يعني عدم وجود احساس في الارجل.

الاستسقاء الدماغي Hydrocephaly

سبق ان أشرنا سابقا الى ان الاستسقاء الدماغي هو احد التصنيفات الاكلينيكية للاعاقة العقلية، لذلك فانه يرتبط بالاعاقة العقلية. ويتميز هؤلاء الاطفال بكبر حجم الجمجمة نتيجة لتجمع السائل المخي شوكي لانحصاره داخل تجاويف الدماغ لانسداد القنوات المخية، وعدم امتصاص السائل. ويرتبط استسقاء الدماغ بالعمود الفقري المفتوح بنسبة تزيد على 90% وقد وضحنا سابقا العمود الفقري المفتوح.

أما اسبابه فقد تكون ولادية او مكتسبة وقد تحدث احيانا للالتهاب والاورام والاصابات المسببة للنزيف. وقد يولد الطفل بجمجمة طبيعية عند الولادة ثم تنمو بشكل شاذ في الاسابيع الأولى.

يمكن اكتشاف هذه الحالة قبل الولادة من خلال جهاز طبي دقيق والذي يسمى جهاز الامواج فوق الصوتية، اما معرفته ما بعد الولادة فهو أسهل من خلال مقارنة محيط جمجمة الطفل مع أقرانه.

وقد يؤدي الاستسقاء الدماغي الى إعاقات اخرى كالعقلية او البصرية او السمعية، وقد يؤدي احياناً الى الموت، لذلك يصار الى اجراء عملية جراحية دقيقة لغرض سحب السائل المخي الشوكي الزائد عن طريق ايصال انبوب من مؤخرة الرأس الى السائل يسحبه، ولكن قد تنجم عن هذه العملية عوارض كالصداع، التقيؤ، آلام في الرأس، فقدان الشهية، قصور الاستثارة وقصور التركيز . ومع هذا تكون العملية الجراحية أهون الشرين لانها تمنع من الموت، او قد تمنع حدوث اعاقات عقلية او سمعية، او بصرية.

إصابات الحبل الشوكي Spinal Cord injuries

ان الحبل الشوكي هو جزء من الجهاز العصبي، يتكون من الياف عصبية وخلايا يبدأ من أسفل الجمجمة الى اسفل الظهر. يحتوي الحبل الشوكي قناة تحمل السائل النخاعي الشوكي تسمى القناة الشوكية. ويعد الحبل الشوكي بمثابة ساعي

البريد الذي ينقل الرسائل من الدماغ الى الجسم والاطراف، ويوصل الاحساسات الى الدماغ من الامعاء والمثانة. لذلك فان التلف الذي يحدث في الحبل الشوكي يؤدي الى فقدان الفرد الى الاحساس في بعض الأطراف.

ان التلف الذي يحدث في الحبل الشوكي لا يكون بدرجة واحدة وانما حسب السبب الذي ادى الى ذلك التلف فالصدمات والحوادث لا تكون بنفس القوة والشدة. كما ان العمود الفقري المفتوح كسبب من أسباب اصابات الحبل الشوكي هو ثلاثة انواع يكون اشدها هو الكيس السحائي الشوكي بينما الحبل الشوكي في الكيس السحائي (النوع الثاني) طبيعياً.

فالاصابة الشديدة للحبل الشوكي تؤدي الى الشلل للاعضاء التي تكون دون الاصابة الامر الذي يؤدي الى عدم ضبط التبول والتبرز لان المراسلات تختل ما بين الامعاء والمثانة والدماغ عن طريق الحبل الشوكي. واحياناً تؤدي الى شلل رباعي اذا كانت اصابة الحبل الشوكي شديداً ومن الاعلى. قد يتطلب الامر اجراء عملية جراحية، او استخدام مثبتات لابقاء الحبل الشوكي في وضعه الطبيعي. كما يتطلب كذلك بعد اجراء العملية او خلال عملية التثبيت الى خدمات المعالج الطبيعي والمعالج الوظيفي.

وقد يشعر الفرد المصاب باصابات الحبل الشوكي بأنه لا يقوى القيام بالعمليات الذاتية والاجتماعية الامر الذي يفرز معاناة وألم داخلي وخاصة عندما يقارن نفسه بالاخرين الاعتياديين لذلك فانه يحتاج الى مرشد نفسي يساعده على فهم ذاته وقبولها كما يساعد الآخرين على حسن التعامل معه.

التصلب المتعدد Multiple Sclerosis

خلل في الجهاز العصبي المركزي يصيب الراشدين اكثر من الأطفال يتميز بأنه تدهوري حيث يبدأ بسيطاً ويزداد بمرور الزمن تدهوراً، ليصبح من الأمراض المزمنة يصعب علاجه لعدم المعرفة الحقيقية تماما لأسبابه، وقد يعود الى اسباب وراثية.

ان التصلب قد يحدث في انسجة المخ، او الحبل الشوكي، او المخيخ مما يؤثر سلباً في الحركة والكلام حيث يكون هناك فقدان التوازن الذي يؤثر في المشي والضعف الحسي. كما قد يحدث خللاً بصرياً مثل الرأرأة أو البصر المزدوج فضلاً عن ضعف العضلات وتوترها وسوء التوافق الانفعالي.

ثانياً: الاضطرابات العظمية والعضلية

هناك عدد من الاعاقات الجسمية التي تنبثق من حالات عظمية عضلية تكون نتيجة لعيوب او امراض في العضلات او العظام.

يتعرض مثل هؤلاء الاطفال الى عدد من الصعوبات في المشي والوقوف والجلوس واستخدام الايدي. وفيما يلي استعراض لأشهر الاضطرابات:

الجنف Scoliosis

هو عبارة عن تقوس او ميلان جانبي للعمود الفقري يؤدي إلى عدم وجود اتساق بين الكتفين إذ يكون احدهما اعلى من الثاني. ويشير الخطيب [1] أن الميلان قد يكون وظيفياً (Functional) أي ناتجاً عن اوضاع جسمية خاطئة او عن قصر في احدى الرجلين، أو قد يكون بنيوياً (Structural) أي هو نتاج خلل في عظام العمود الفقري نفسه.

ان النوع الأول قابل للتصحيح من قبل الفرد نفسه، وليس له تأثيرات خطيرة، بينما لا يستطيع الفرد نفسه من تصحيح النوع الثاني والذي قد يؤدي الى تشوهات خطيرة.

يصيب هذا الاضطراب الاناث اكثر من الذكور اذ تقدر كما يشير المصدر السابق ان نسبة شيوعه لدى الاناث تبلغ (8) مقابل (1) للذكور وتكون أكثر وضوحاً في مرحلة المراهقة.

(1) جمال الخطيب، 1998، مصدر سابق، ص 113 .

ان الجنف قد لا يؤدي الى آلام ولكنه يؤثر في طبيعة المشي والتنفس. والادهي ما في الامر هو ما تشعره البنت، وما يفرزه ذلك من تأثير على مستقبلها وخاصة فيما يتعلق بالزواج. لذلك قد يؤدي هذا الحال الى سوء التوافق الانفعالي. ومن هنا يمكن القول ان هؤلاء يحتاجون الى ارشاد نفسي لغرض جعل الفرد يتكيف مع هذا الاضطراب، وكيف يدفعه الى أن يسير بحياته بشكل طبيعي دون النظر او التركيز إلى هذه الحالة.

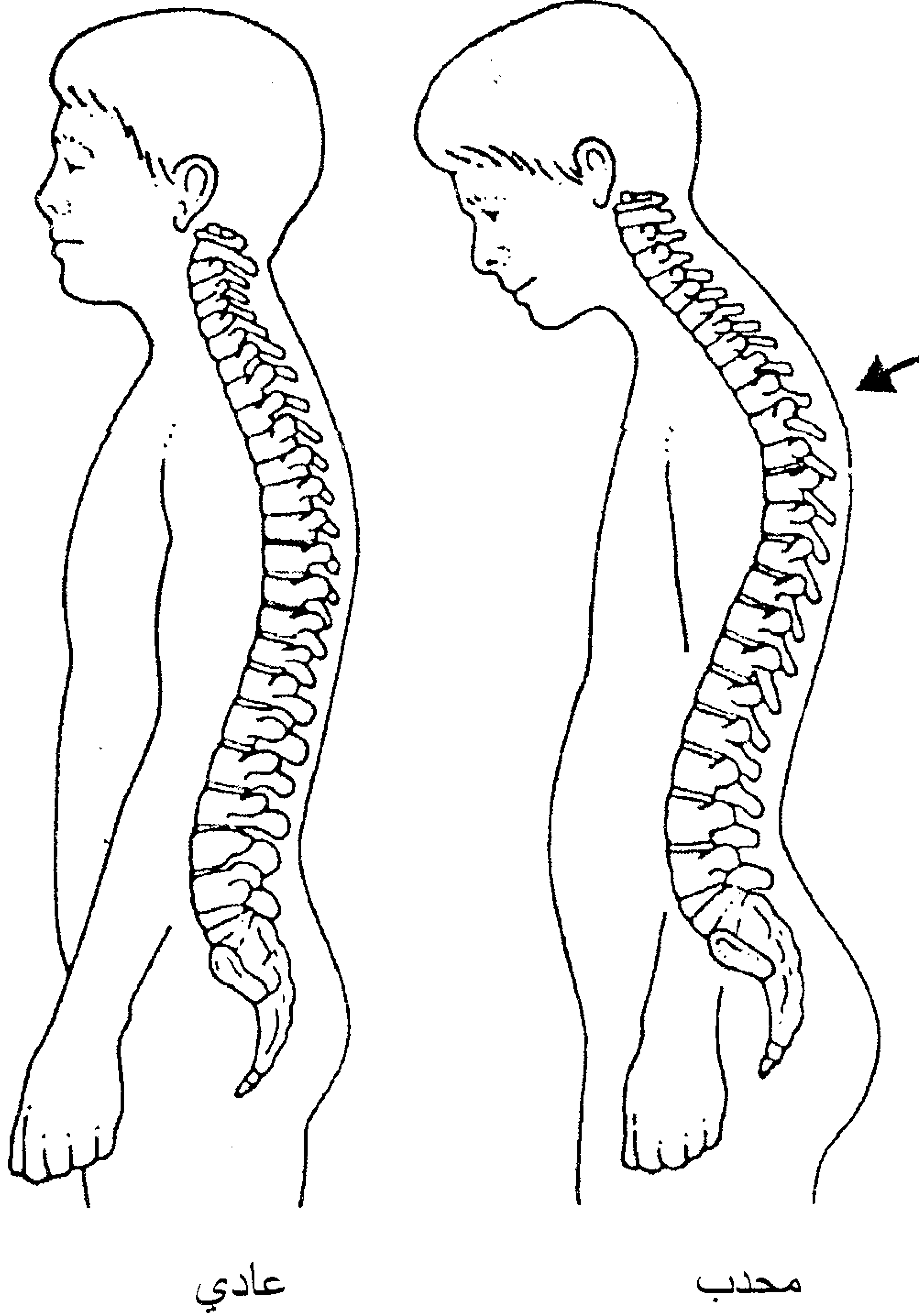
ويصار الى اكثر من طريقة علاجية، ويعتمد ذلك على سبب الميلان وشدته فاذا كان وظيفيا يمكن علاجه عن طريق التمارين الرياضية والعلاج الطبيعي. اما اذا كان بنيويا فهو لا يكون بدرجة واحدة فقد يكون بسيطاً او شديداً وقد يصار الى عمل جبائر للتصحيح او عمليات جراحية.

الحدب Kyphosis

وهو أحد الاضطرابات العظمية المشاهدة وهو تقوس العمود الفقري الى الخلف، وقد تكون اسبابه وراثية، وقد يرتبط احياناً بشلل الاطفال، او نقص الكالسيوم وفيتامين D ، او الحروق او السرطان، وقد يكون السبب وظيفياً لجلوس خاطئ ولفترات طويلة.

ان الشكل غير الطبيعي قد يؤدي بالفرد وخاصة عندما تكون حالة الحدب عند الاناث الى حالة من الاكتئاب والقلق والانسحاب. يمكن اجراء التعديل في المراحل الاولى للطفولة، أو عند اكتشاف الحالة لان العضلات والفقرات لم تتصلب بعد، أي ان ليونتها يسهل عملية التعديل، أو يصار الى عملية جراحية ويفترض ان تكون في مرحلة الطفولة والشكل التالي يوضح حالة الحدب.

شكل (7) للمحدب والعادي



عادي   محدب

البزخ Lordosis

إنحناء الفقرات الظهرية القطنية للامام. ويشير الخطيب [1] في هذا الصدد الى ان الطفل يحاول التعويض لضعف العضلات التي تنتج حالة البزخ ليتمكن من المشي فيندفع ظهره الى الامام وهذا ما يحصل للاطفال الذين يعانون من شلل مخي او قصر قامة. وقد ينتج هذا الاضطراب من انزلاق فقرة على فقرة في العمود

(1) جمال، الخطيب (1998) مصدر سابق، ص 149 .

الفقري والذي يطلق عليه الانزلاق الفقري، ويشعر الفرد خلال هذه الحالة بألم شديد قد تضطره احيانا الى اجراء عملية جراحية.

التهاب المفاصل Arthritis

إن التهاب المفاصل ليس شكلاً واحداً وانما أشكال مختلفة تؤثر بشكل أساسي في الجانب الحركي حيث تتكون المفاصل من ألياف وغضاريف وسائل تعمل الاولى على مسك وثبات المفصل اما الغضاريف فهي تساعد على الحركة والسائل يجعل هناك مرونة للحركة.

ان التهاب المفاصل يؤدي الى تورم واحمرار المفاصل يرافقه ألم شديد وخاصة عند الحركة وصعوبة في الحركة غالباً ما يبدأ في مرحلة المراهقة. تكون الاناث اكثر عرضة لهذا المرض من الذكور. وقد اشار الحفني [1] الى ان التحليل النفسي يكشف عن وجود احتجاج قوي على الذكور عند الاناث وكراهية مكبوتة مزمنة، وتمرد قوي الامر الذي يؤدي الى توتر مستمر ليظهر على شكل إلتهاب المفاصل. ولست بصدد مناقشة الامر الا انني اكتفي بالقول أنني لا أؤيد مثل هذا الافتراض، وحتى لو افترضنا صحته فلا يمكن ان نسلم به نتيجة للتغيرات النوعية التي ظهرت نتيجة للوعي المتزايد والسلوك التحضري في كيفية التعامل مع الاناث الذي اختلف كثيرا عن السابق، إذ هي تقترب الى حد ما من الولد. يؤثر هذا المرض بشكل سلبي على قيام الفرد بأعماله، وقد يؤثر في التهاب العيون، وقد يصل الحال الى كف البصر .

على أية حال فان هذا المرض غير معروفة اسبابه، اما علاجه فاما عن طريق المسكنات كالاسبرين، او عن طريق اجراء عمليات جراحية، او اتباع نظام غذائي

(1) الحفني، عبد المنعم (1994) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط4 . القاهرة: مكتبة مدبولي.

جيد، او استخدام الجبائر لتثبيت المفاصل المؤلمة او العكازات ، كما تستخدم التمارين الرياضية للوقاية من ضمور العضلات اضافة الى السكون للراحة. [1]

هشاشة العظام "عدم اكتمال نمو العظام" Osteogenesis Imperfecta

تظهر من العنوان ان العظام هشة او لينة او غير مكتملة النمو مما يؤدي الى الكسور، وهو مرض موروث ناتج عن صبغي سائد يتميز بنقص تشنج النسيج العظمي والكولاجين. قد تحدث الكسور أثناء الولادة او بعدها.

ان الاطفال الذين يولدون بعظام هشة شديدة غالبا ما يموتون بشكل مبكر، اما الاقل شدة فيمكن ان يعيشوا بعدة كسور في مرحلة الطفولة، وقد تؤدي هذه الحالة الى اعاقة شديدة. ان هذا المرض قد يحدث قصور وتشويه في الاطراف كما موضح في الشكل الآتي:

شكل (8) يوضح التشوه في الأطراف



(1) الخطيب، جمال (1998) مصدر سابق، ص 117 .

أما علاج هشاشة العظام فيكون عن طريق التثبت بأعمدة او العمليات الجراحية، وقد يحدث تلفاً مخياً اذا كانت الكسور في الجمجمة .

البتر Amputation

ان البتر ليست حالة حديثة العهد وانما هي موجودة منذ القدم. ولا تكون بدرجة واحدة وانما تختلف باختلاف الاسباب التي أدت اليها، فقد يكون البتر ولادي، أي ان الطفل يولد بنقص لجزء من الاطراف او جميع الاطراف، او قد تكون يد واحدة قصيرة والثانية طبيعية، أو تكون كلتا اليدين قصيرتين، او مبتور ليد واحدة.أو قد يكون البتر مكتسباً نتيجة لحوادث (كحوادث العمل، والدهس، والصدمات) أو الامراض مثل السرطان او السكري.

أما الأسباب التي تؤدي الى حالات التشوه والبتر الولادية فقد تكون اصابة الام بالحصبة الالمانية، تسمم الام بالمواد الكيميائية خلال فترة الحمل، تعرض الام لاشعة اكس ، تعاطي الام للمخدرات او بعض العقاقير المهدئة مثل الثاليدومايد Thalidomide [1]

وبما ان حالات البتر هي أشكال متعددة لذلك يكون تأثيرها مختلف في الجوانب الجسمية والتربوية والاجتماعية والنفسية فالذي يفقد الكف ليس كمثل من فقد الذراع بكامله، ومن فقد ذراع واحد ليس كمثل من فقد ذراعين. ومن فقد أطرافه السفلى ليس مثل الذي فقد أطرافه العليا إذ يحتاج في هذه الحالة الى كرسي متحرك.

لذلك يمكن القول ان تأثير البتر بشكل عام ليس درجة واحدة وانما يختلف باختلاف البتر الذي حدث، كما قد يختلف فيما اذا كان ولادياً أو مكتسباً اضافة الى طبيعة المجتمع من حيث درجة التحضر والتقدم، وكيفية النظر الى هؤلاء الذين لديهم بتر، وعمر الفرد وقت حدوث البتر.

---

(1) القريوتي، والسرطاوي، والصمادي (1995) مصدر سابق، ص 297 .

اما العلاج بشكل عام يكون اما عن طريق الجراحة والعقاقير او العلاج الطبيعي او الأطراف الصناعية.

اضطرابات القدم

هنالك اشكال متعددة لاضطرابات القدم قد تختلف تأثيرها باختلاف الاضطراب، وهي تصيب الذكور اكثر من الاناث، فالقدم المسحاء هي القدم المنبسطة غير المقوسة في بطن القدم، وهذا التقوس يساعد على تخفيف الصدمات الواقعة على القدم خلال عمليات الركض والقفز لكي يوزع وزن الجسم على عظام القدم، ويحافظ في ذات الوقت على الاوعية الدموية والمستقبلات الحسية في باطن القدم، كما يساعد التقوس على اتزان الحركة. فالقدم المنسبطة لها آثار في عملية الاتزان وتأثير الاوعية الدموية والمستقبلات الحسية اثناء الركض والقفز الذي ترتبط بالمخ. أما اسبابه فقد تكون وراثية او زيادة الوزن، او رخو التوتر العضلي. اما علاجه فهو ارتداء حذاء طبي مقوس يساعد على تقوس باطن القدم، او السير على الرمل الذي يساعد على تنشيط الدورة الدموية، وقد تكون الجراحة علاجاً للقدم المنبسطة.

والقدم الحنفاء وهو اعوجاج او تقوس في القدم وعظام الاصابع يكون هذا التشوه ولادياً. أما اسبابه فهي غير معروفة، ويمكن معالجته خلال المراحل الاولى لولادة الطفل عن طريق العلاج الطبيعي من خلال استخدام الاسترخاء، ويمكن استخدام العملية الجراحية لتعديل وضع القدم.

وقد اشار الخطيب [1] الى مظاهر اخرى من مظاهر تشوه القدم وسماتها والعلاج الرئيسي من خلال الجدول التالي:

(1) الخطيب، جمال (1992) مصدر سابق ، ص 131.

الجدول رقم (6) اضطرابات القدم

الحالة	المظهر	العلاج
القدم النبوتية أو الدبوسية Clubfoot		-قوالب خاصة -الجراحة
القدم الخنفاء أو الفحجاء Calcaneovalgus Feet		-تمارين الاسترخاء
اضطراب العضلة المقربة لمشط القدم Metatartus Adductus		-القوالب الخاصة ، -تمارين الاسترخاء
العقب العامودي Vertical Talus		-الجراحة
القدم المسطحة أو المسحاء Flatfoot		-ليس هناك حاجة إلى علاج محدد ، ولكن الحذاء الطبي قد يساعد

الخطيب، جمال (1999) مقدمة في الاعاقات الجسمية والصحية. عمان: دار الشروق، ص 131.

مرض لج بيرثز Legg Perthes Disease

ان الدم ضروري جداً لنمو الاعضاء، وفي حالة عدم وصول كفاية من الدم الى بعض أعضاء الجسم يؤدي الى تلفها. والتهاب الورك او مرض لج بيرثز يكون نتيجة لعدم وصول الدم الى عظمة الفخذ مما يؤدي الى تلفها. اما سبب هذا المرض فهو غير معروف، يصيب الاطفال ما بين 4-8 سنوات، ويصيب الذكور اكثر من الاناث. يفترض معالجته بشكل مبكر، وإلا قد يؤدي الى اعاقة مستديمة.

يشير الخطيب [1] فيما يتعلق بمعالجة هذا المرض الى ان الطرق القديمة كانت تستخدم مشدات خاصة واجبار الطفل على البقاء في السرير لمدة طويلة لأجل استعادة وظيفة عظمة الفخذ.

أما الاطباء (اختصاصيو العظام) فيفضلون في الوقت الراهن استخدام جبيرة تهدف الى ابعاد الرجلين عن بعضهما البعض بدون ارغام الطفل على التزام السرير، او اجراء عملية جراحية في رأس عظمة الفخذ، واستخدام جبيرة وتمارين للعلاج الطبيعي.

شق الحلق Cleft Palate

يتكون شق الحلق The palate من جزأين احدهما عظمي صلب من الامام ويسمى الحنك وينتهي هذا الجزء بمنابت الاسنان، والجزء الخلفي وهو رخو وهذا الجزء يتصل بالجمجمة والبلعوم باربعة عضلات خارجية تحركه الى الاعلى والى الاسفل اثناء التنفس [2] وعند خروج الاصوات الانفية (م، ن) والحلق هو أحد الأجزاء الرئيسية اضافة الى التجويف الذي يشكل رنين الصوت.

قد تحدث الفتحة في الجزء الصلب او الجزء الرخو او في كليهما، وهي موجودة في مرحلة الجنين، ويفترض ان تغلق قبل الولادة الا انها لا تغلق عند

---

(1) الخطيب، جمال (1995) مصدر سابق، ص 123-124 .

(2) الشخص، عبد العزيز السيد (1997) اضطرابات النطق والكلام. الرياض: مكتبة الصفحات الذهنية، ص74.

القليل منهم اذ تشكل النسبة كما يقول الخطيب [1] واحد من كل (700) طفل. اما اسبابها فلا يوجد اتفاق بين المختصين على سبب بذاته. فهناك من يقول إنه سبب لنقص الكالسيوم، او تفاعلات بين عوامل جينية وبيئية كالأمراض التي تصيب اثناء الحمل او سوء التغذية. او قد يكون بيئياً نتيجة لدخول جسم غريب حاد. يعد شق الحلق من الأسباب الرئيسية لاضطرابات النطق، واضطرابات الصوت وبشكل خاص الرنين اذ تكثر الاصوات الانفية او ما يسمى بالخمخمة او الخنف.

وفي تقديري ان هذا الخلل قد يؤثر بشكل او باخر في القبول الاجتماعي خلال عملية التواصل لان الصوت لا يكون طبيعياً الامر الذي يؤدي الى عدم استحسان المستقبل لهذا الامر .

يمكن اجراء العملية الجراحية لسد الفتحة وخاصة اذا عملت بالاشهر الأولى من حياة الطفل.

الشفة المشرومة (الارنبية) (Cleft lip)

تمثل الشفتان المنفذ الرئيسي للفم حيث تتحكمان في فتح الفم وغلقه، وأحد الأجهزة الأساسية للنطق، فله دور في تشكيل كثير من الاصوات الحروف مثل (م، ف، ب) لذلك يعد شق الشفاه من احد الأسباب المسببة لاضطرابات النطق وخاصة بعض الحروف الاحتباسية والانفجارية مثل (م، ب).

غالباً ما تحدث في الشفة العليا وتشبه شفاه الارنب لذلك سميت بالشفة الارنبية، وقد يحدث الشق في كلتا الشفتين، يعد الجانب الوراثي سبباً رئيسياً لشق الشفاه.

ان بقاء الشفة المشرومة دون علاج تؤثر اضافة الى مشاكل التغذية في تواصله مع الآخر وتقبله الاجتماعي، وقد يؤدي به الحال إلى معاناة نفسية، نتيجة

---

(1) الخطيب، جمال (1998) مصدر سابق، ص 150 .

لمقارنة نفسه باقرانه إذ يمكن القول في هذا الصدد ان الخلل الواضح اكثر تأثيراً من الخلل الخفي.

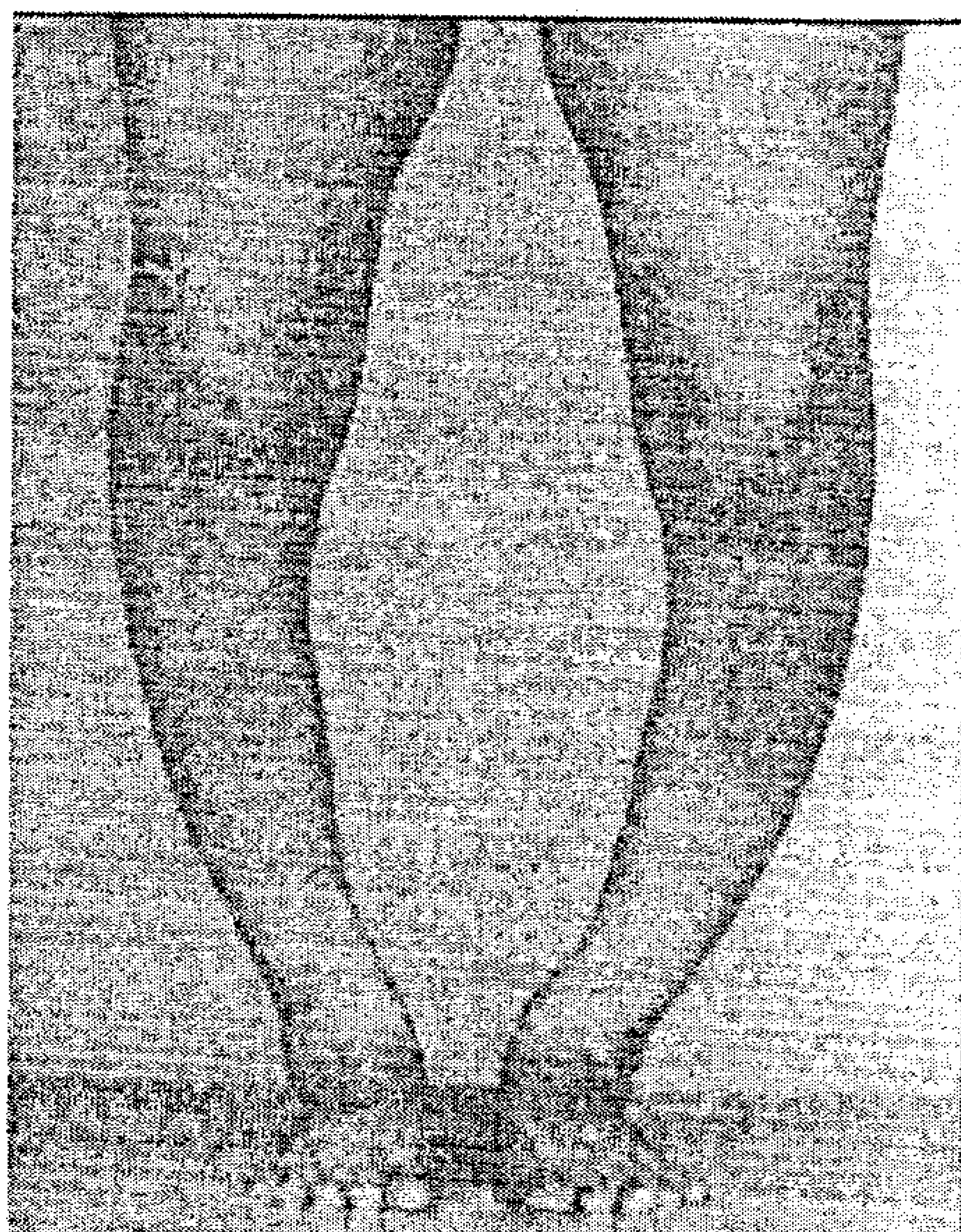
يمكن معالجة شق الشفة عن طريق العملية الجراحية، ويفترض القيام بها في الاشهر الثلاثة الأولى من حياة الطفل.

الكساح Rickets

هو تشوه في نمو عظام الاطراف نتيجة نقص فيتامين (د) في جسمه أو نقص التعرض لاشعة الشمس مما يسبب لينا في العظام، وضعفاً في نموها. يحدث خلال السنتين الاولى من عمر الطفل والتي تتميز بسرعة نموها، وتضخم اطراف العظام.

اهم اعراض الكساح هو تقوس الساقين كما هو واضح في الشكل، وبروز الصدر الى الامام، وتأخر التسنين، وتأخر القدرة على المشي كما هو الحال لأقرانه ولين العظام وهشاشتها، وعدم تناسق حركات الأطراف والمفاصل. اما الوقاية فتتم عن طريق التغذية الغنية بفيتامين (د) والتعرض لاشعة الشمس.

شكل (9) يوضح الكساح



ضمور العضلات (الحثل العضلي) Muscular Dystrophy

ضعف تدريجي نتيجة لتخرب في الالياف العضلية المخططة، وضمور في العضلات، يتضح كلما تقدم الطفل بالعمر إذ يزداد الضعف بشكل تدريجي لذلك يظهر عند الأطفال بشكل واضح في السنة الرابعة او الخامسة من العمر. يبدأ الضعف في العضلات الكبرى ثم يتدرج الى العضلات الصغرى.

يشير السرطاوي والقريوتي والصمادي [1] الى ان هذا المرض اكتشف عام (1968) يصيب الذكور اكثر من الاناث، تعود الاصابة الوراثية عند الذكور الى جينات متنحية في حين ان اصابة الاناث تعود الى الجينات السائدة.

ان الاعراض الاولى التي تظهر على الطفل في حوالي السنة الثالثة هو التعثر والسقوط نتيجة عدم استخدامه جميع أجزاء القدم، وانما يعتمد في مشيته على رؤوس الأصابع، يزداد الامر سوءا بمرور الزمن الى ان يصبح غير قادر على الوقوف بشكل طبيعي دون الاعتماد على اطرافه السفلى والعليا.

ويشير المصدر السابق الى اعراض أخرى كتضخم وانتفاخ العضلات، وحدوث تشوهات في القدم، وتحدد عضلات الفخذ، وإنحراف مفصلة عن موضعه الاصلي، وتمدد عضلات الكتف والوجه وضعفها، وضعف عضلات الوجه السفلية، وتشوهات في جميع عضلات الرقبة والهيكل العظمي. وقد يصل الحال الى عدم القدرة على الحركة الامر الذي يتطلب استخداماً للكرسي المتحرك.

ويكون العلاج الطبيعي هو السبيل للمحافظة على الاعراض التي سبق ذكرها. ان هؤلاء الاطفال قد لا يعمرون كأقرانهم الآخرين، ويفارقون الحياة في سن مبكرة.

(1) القريوتي، السرطاوي، الصمادي (1995) مصدر سابق، ص 208 .

يتطلب وضع هؤلاء الأطفال مراعاة احتياجاتهم الخاصة كتوفير الوسائل المساعدة للتنقل والحركة واعطاءهم مزيداً من الوقت لاداء واجباتهم، ووضع اهداف تتناسب مع قدراتهم. [1]

الضمور العضلي الشوكي Spinal Muscular Atrophy

هو تلف وتخرب في الخلايا العصبية الحركية في الخلايا الشوكية قد يحدث هذا المرض لصغار السن، وقد يؤدي الى موتهم او قد يحدث في اعمار متأخرة.

يشير المصدر السابق في هذا الصدد ان الضمور العضلي الشوكي نوعان الأول يسمى وردنج هوفمان (Werdnig Hoffman) ، وتظهر الأعراض فيه فجأة وبسرعة لدى الأطفال الرضع وغالباً ما يؤدي إلى الوفاة في مرحلة ما قبل المدرسة. اما النوع الثاني فهو مرض كوجلبرغ ويلاندر (Kugelberg Welander) وتظهر الأعراض متأخرة، ولا تكون الاصابة بالغة الخطورة.

ينتقل هذا المرض عن طريق الوراثة من خلال الجينات المتنحية.

اما أعراض هذا المرض فتتلخص بما يلي: [2]

- ضعف مستمر في العضلات المركزية والطرفية، وهو بهذا يشبه الضمور العضلي (Muscular atrophy)
- ضعف في عضلات الفخذ الامر الذي يؤدي الى صعوبات في الجلوس والوقوف والمشي، وعدم التوازن، وصعوبة الصعود والنزول على السلالم.
- ضعف في عضلات الظهر والكتف التي تؤدي التى صعوبة انحناء الظهر والالتفات.
- صعوبات في الاعصاب القحفية أو الجمجمية والتي قد تؤدي الى صعوبات البلع والتنفس والنطق.

(1) الخطيب، جمال (1988) مصدر سابق، ص 126 .

(2) القريوتي، السرطاوي، الصمادي (1995)، مصدر سابق، ص 310 .

يعد العلاج الطبيعي هو الوسيلة التي يمكن ان تحد من المضاعفات، وقد تستخدم الجراحة للتصحيح.

ثالثاً: الاضطرابات الصحية Health Disorders (Diseases)

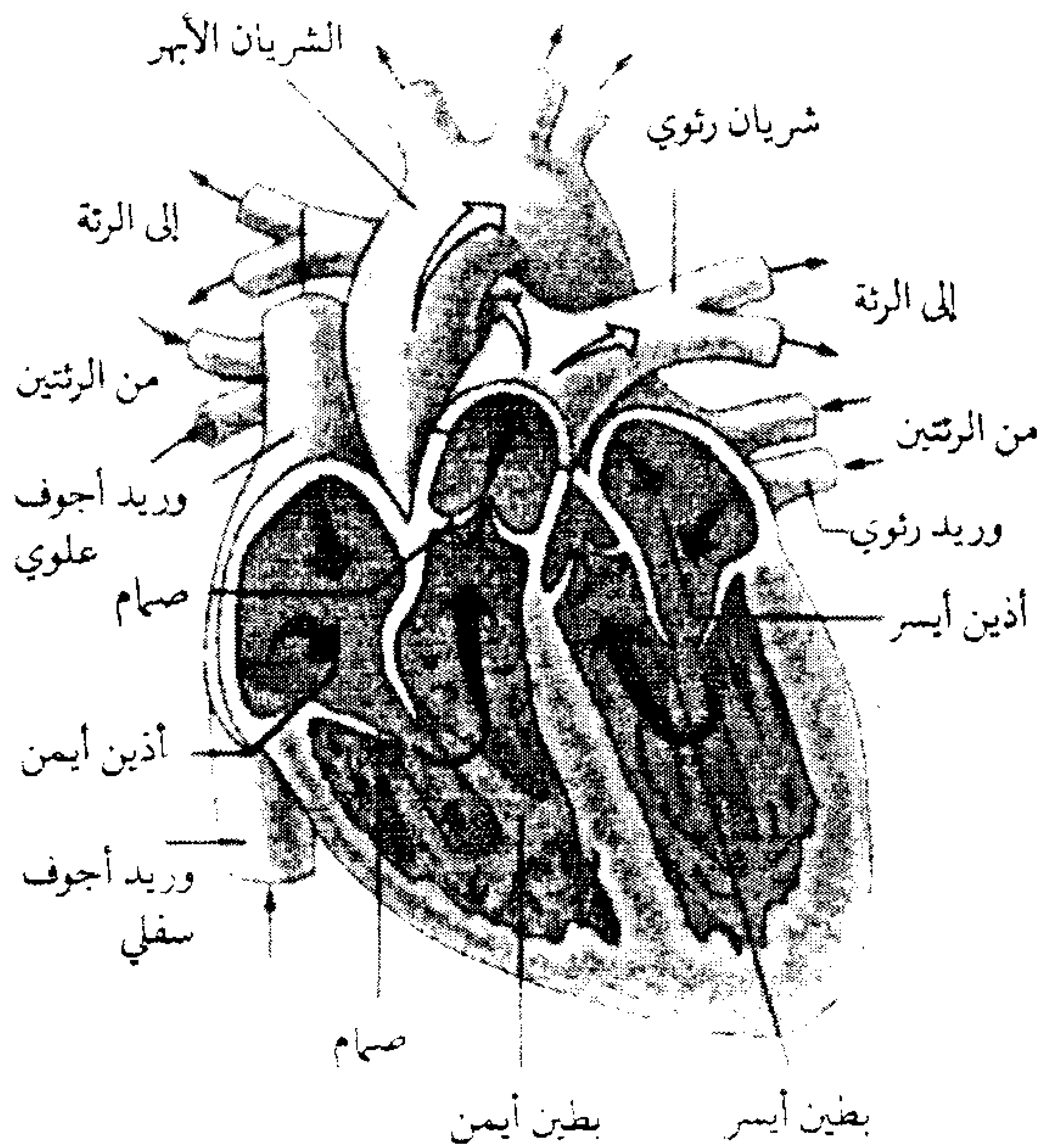
وهي كثيرة جداً لا يمكن أن نغطيها جميعاً ولكن نشير الى بعضها والتي ترتبط الى حد ما بفئات التربية الخاصة التي تحتاج الى رعاية خاصة .

وفيما يلي استعراض لاشهر هذه الأمراض وهي:

أمراض القلب الولادية Congenital Heart Diseases

ان القلب هو عضو عضلي يتكون من نسيج عضلي قلبي، يقع في التجويف الصدري بين الرئتين، ويميل نحو اليسار في الجانب السفلي، يتكون من بطينين وأذنين وفي الشكل الآتي مقطع طولي لقلب الانسان .

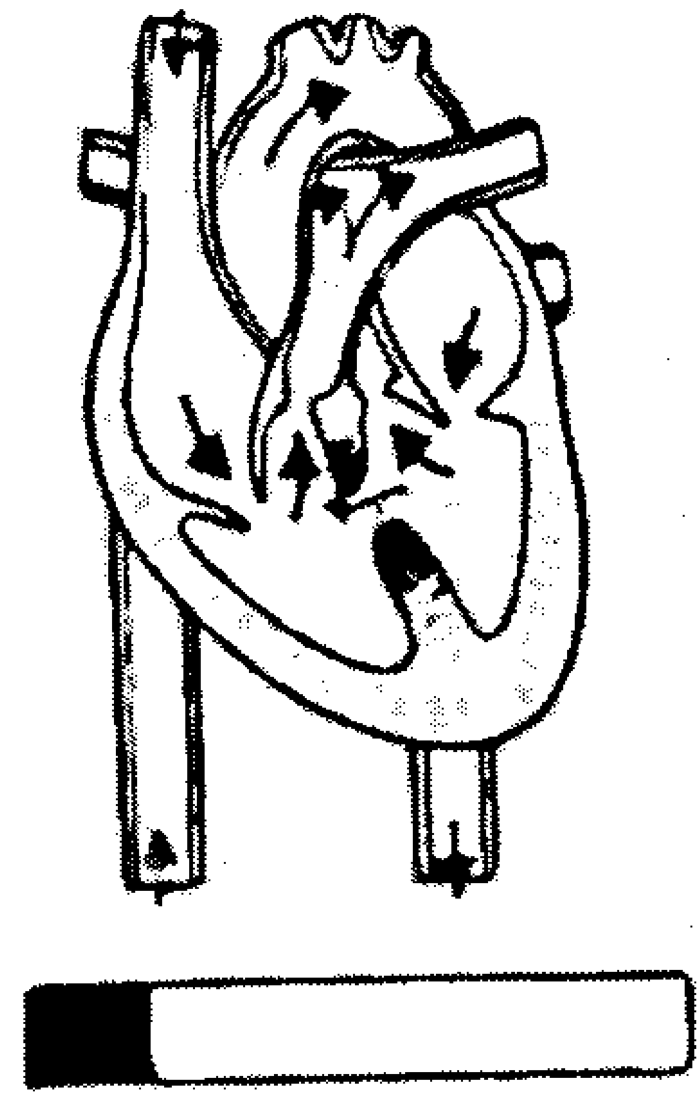
شكل (10) أجزاء القلب



أما امراض القلب الولادية فهي عيوب قلبية تكون موجودة عند ولادة الطفل تؤثر في قاع القلب او الصمامات او الاوعية الدموية. ان نسبة انتشار هذا العيوب القلبية تشكل (8) في الالف او 1/ 125 . تظهر هذه العيوب في الاشهر الثلاثة الاولي من عمر الجنين. أي في مرحلة الجنين الاولى (Embryo)

وفيما يلي جدول لبعض انواع عيوب القلب الولادية ونسبة حدوثها قياساً بمجموع هذه العيوب [1]

شكل (11) يوضح أمراض القلب الولادية

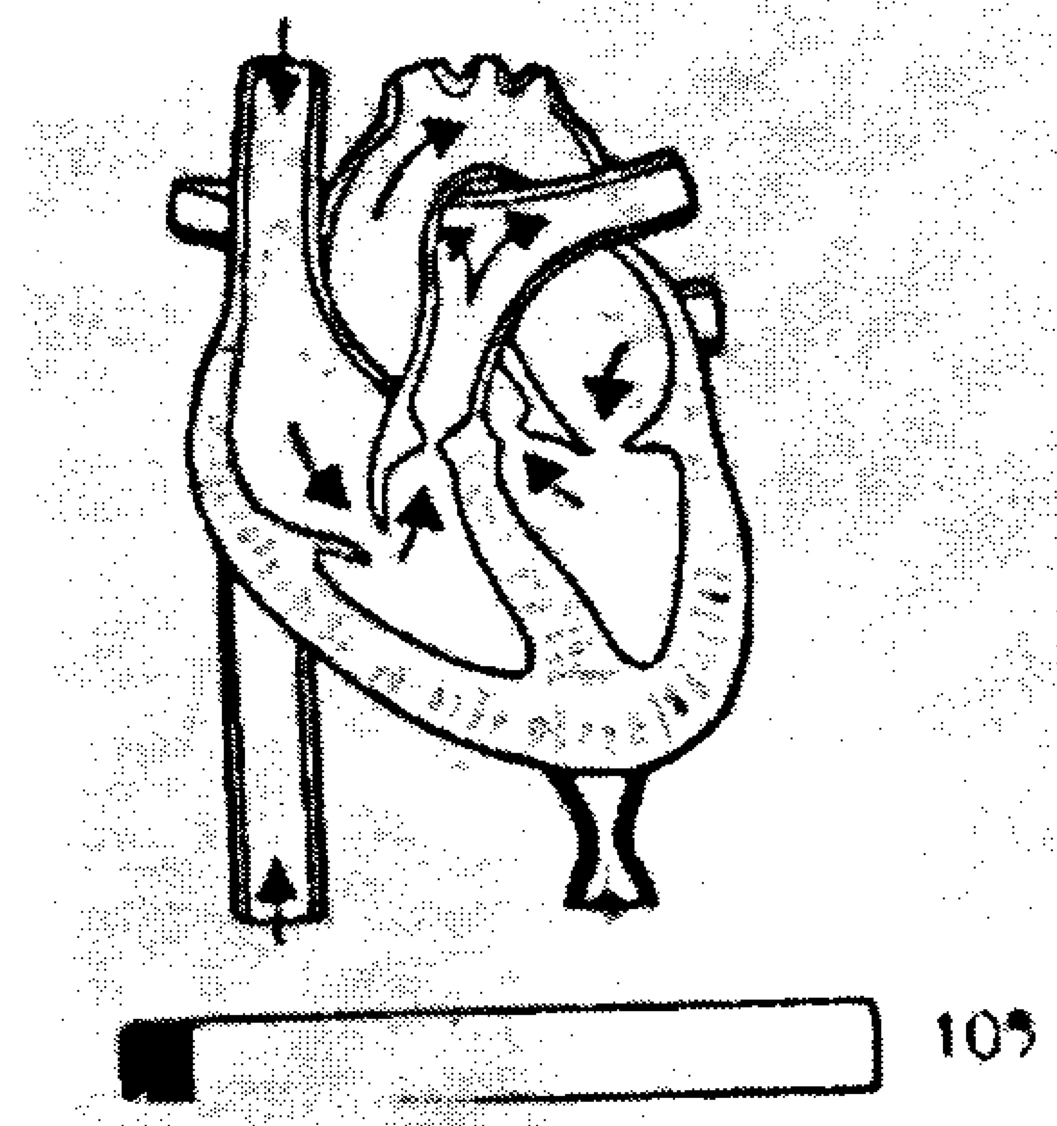


Ventricular septal defect

تشوه الحاجز البطيني

يتمثل هذا العيب القلبي الولادي بوجود فتحة البطين الايمن والبطين الايسر مسبباً إنسياب (تدفق) الدم من البطين الايسر الى البطين الايمن.

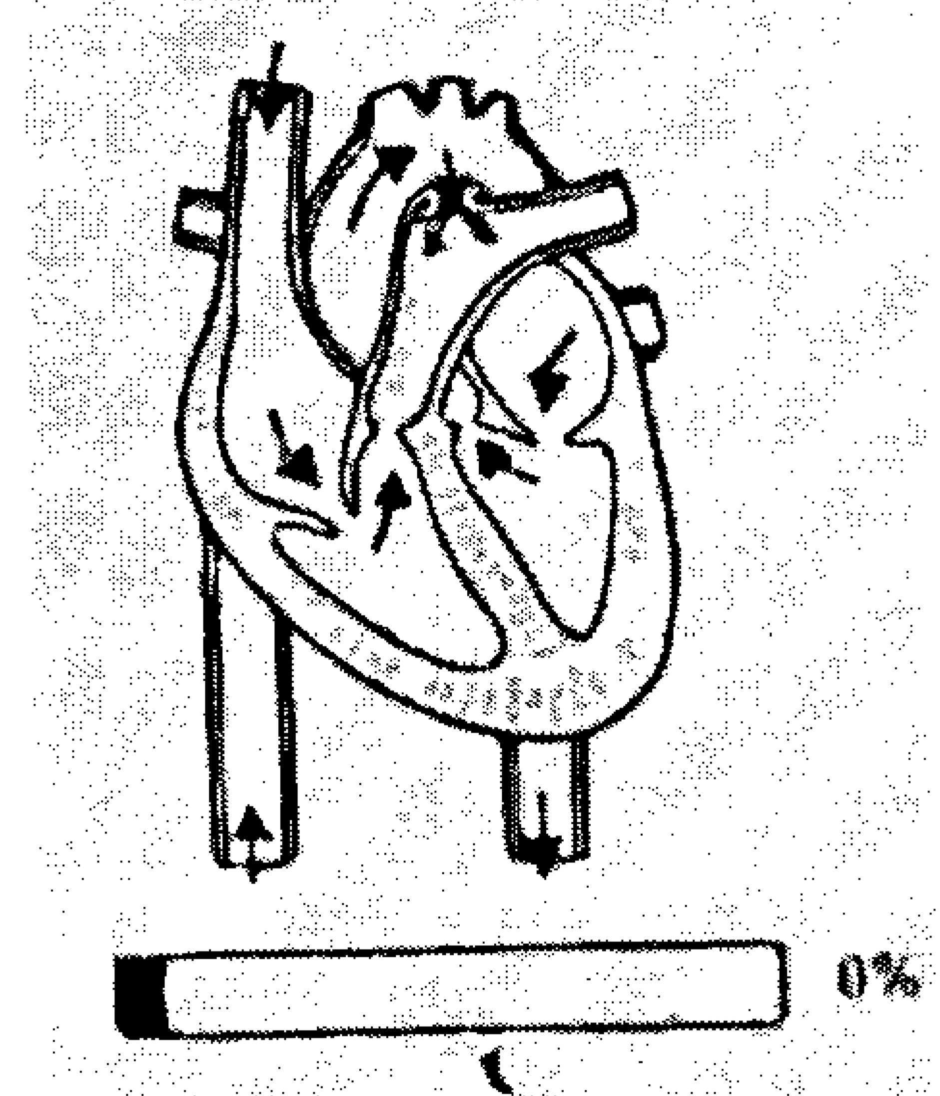
(1) Smith, T (1995) Complete Family Health Encyclopedia (Ed) Second Edition, London. Dorling Kinderstey .



Coarctation of the aorta

تضييق الأبهر

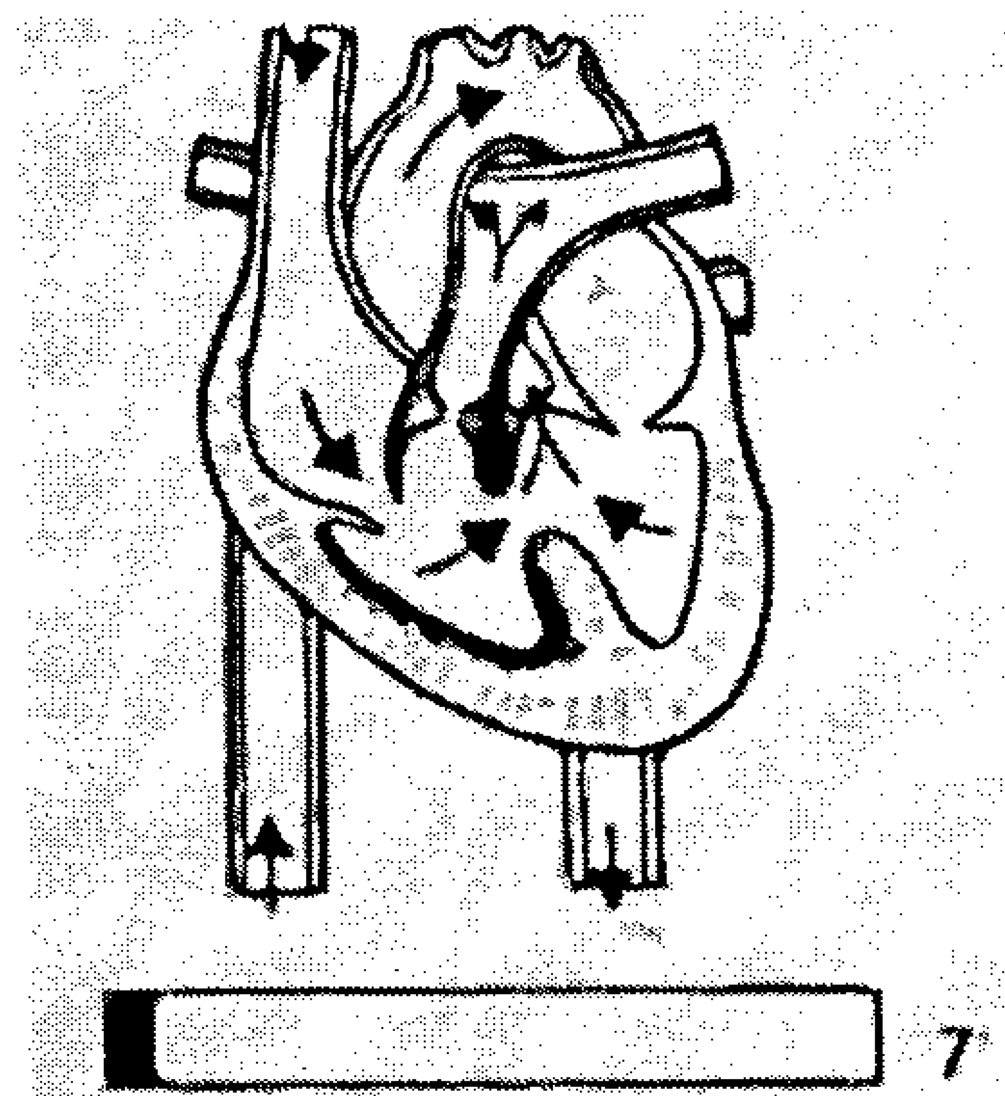
يتمثل هذا الاضطراب بتضيق الشريان الابهر مما يقلل من تجهيز الدم الى الأجزاء السفلى من الجسم.



Patent ductus arteriosus

القناة الشريانية المفتوحة

ويتمثل هذا العيب بعدم اغلاق القناة بين الشريان الابهر والشريان الرئوي بعد الولادة حيث يستمر تدفق الدم من الشريان الابهر خلال هذه القناة الى الشريان الرئوي.

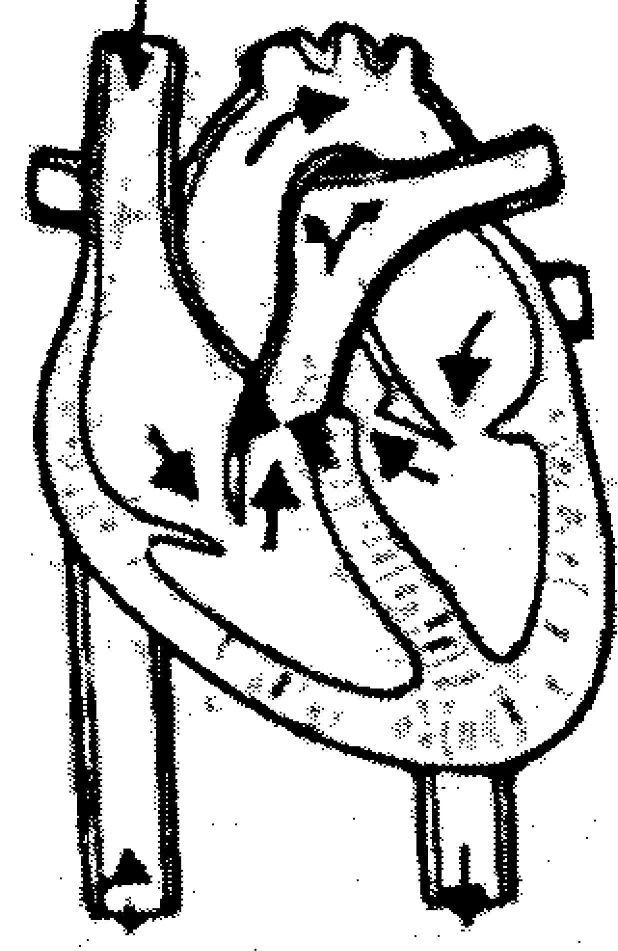


Tetralogy of Fallot

رباعية فالو

يتمثل هذا الاضطراب بفتحة في الحاجز البطيني وتضيق الشريان الرئوي وتضيق الشريان الرئوي وتضخم البطين الايمن.

تضييق الشريان الرئوي أو (بشكل نادر) البطين الايمن الاعلى مما يقلل من انسياب الدم الى الرئتين .



Pulmonary stenosis
تضييق الشريان الرئوي

أما أسباب امراض القلب الولادية فهي عموماً غير معروفة تماماً، وقد تكون الحصبة الالمانية التي تصيب الام الحامل خلال الاشهر الثلاثة الاولى سبباً في ذلك، ومع هذا فيمكن علاجها عن طريق التطعيم قبل فترة الحمل.

اما الكشف عن هذه الأمراض فيمكن عن طريق الامواج فوق الصوتية، ولكن لا تقتصر عملية الكشف في هذه الفترة، ولكن يمكن التعرف عليها في مرحلة ما قبل الولادة الى مرحلة الرشد. لكن الكشف عنها ما قبل الولادة يكون افضل في العلاج لبقاء عمل القلب بشكل مقبول.

أما أهم الاعراض التي تسببها العيوب القلبية الولادية فهي اصفرار الجلد او صعوبة التنفس أو كلاهما، وهذه الاعراض يمكن ان تظهر في أي وقت عبر مدى واسع من عمر الفرد.

ان عدم معالجة العيوب القلبية تعيق من نمو الطفل بشكل طبيعي، فقد تؤثر في نمو الاطراف والعضلات، كما ان الطفل قد يشعر بالتعب، ولا يستطيع القيام بالتمارين الجسمية. أما العلاج فيكون اما بالعمليات الجراحية او توسيع الصمامات عن طريق البالونات، او عن طريق زراعة القلب، او القلب والرئتين.

الربو Asthma

مرض صدري يتصف بنوبات في ضيق التنفس مع سعال تشنجي وحس بالاختناق وأزيز، ونفس ذي صوت يشبه المزمار، تختلف هذه الحالات من ساعة الى أخرى، ومن يوم الى آخر. غالباً ما يبدأ بمرحلة الطفولة، ويتحسن في مرحلة الرشد المبكر، ولا يعني ذلك انه مقتصر على مرحلة الطفولة، وانما قد يحدث في أي عمر نتيجة لالتهاب في الممرات الهوائية (القصبات الهوائية) وتضيقها نتيجة لتصلب العضلات المحيطة بالاطار الداخلي لهذه القصبات.

وقد يكون السبب وراثياً اذ ان بعض الناس لديهم حساسية مفرطة نحو اشياء متعددة كالعطور، الاتربة، الاعشاب، الاوراء، والريش وغيرها قد تصل الى العشرات.

ويمكن استخدام الادوية المضادة للهستامين مثل: اكتفيد (Actifed) وبارالامين (Paralamine) وفينتولين Ventoline ، كما يوصى بأبعاد الاطفال عن المثيرات المسببة للحساسية وابعاده كذلك عن الاصابة بالرشح والزكام، وابعاد الطفل عن الانفعالات اذ عدت الجوانب السيكولوجية في السابق سببا للربو. وفي هذا الصدد فقد اشارت شريل (Sheril, 1981) وباتشو (Batshaw, 1986) في القريوتي، السرطاوي، الصمادي [1] الى الإجراءات التي تقلل او تحد من الآثار المترتبة على الاصابة وهي:

1- العمل باستمرار على إخراج المخاط المترسب من خلال الضغط على ظهر الطفل في اوضاع جسمية محددة.
2- يجب استخدام الادوية اثناء الاصابة لاسترخاء عضلات القصبات الهوائية.
3- توعية الطفل بطبيعة الاصابة.
4- تجنب الطفل من أية نفعالات سواء في البيت او المدرسة

(1) القريوتي، السرطاوي، الصمادي (1995) مصدر سابق، ص 313 .

5- الموازنة بين اصابة الطفل بالازمة الصدرية (الربو) وحاجته الملحة للمشاركة في الانشطة الصفية المختلفة، حيث يجري التركيز على التمارين الرياضية المفيدة في عملية التنفس، والتمارين الرياضية القصيرة، وكذلك السباحة.

6- يجب معاملة الطفل المصاب بالربو كأي طفل آخر لان قدراته العقلية عادية.

7- ينصح بشرب الماء الفاتر عند الاصابة، وخاصة في الحالات البسيطة.

التليف الحويصلي Cystic Fibrosis

مرض وراثي يتصف بالتهابات رئوية مزمنة، وعدم القدرة على مص الدهون ويسمى أيضاً تليف البنكرياس الكيسي. أكتشف هذا المرض في الثلاثينات من القرن العشرين، وكان كثير من المصابين بهذا المرض يموتون لعدم وجود المضادات الحيوية، وهم في مرحلة الطفولة المبكرة. [1]

يعتقد أن السبب المؤدي الى التليف الحويصلي هو جين متنحي على الكروموسوم (7) [2]

ان الاصابة بهذا المرض يؤدي الى ترسب متزايد للسائل المخاطي على جدار الرئتين مما يزيد من تضخمها، وهذا ما يعرقل خروج الهواء بشكل طبيعي مما يشكل صعوبة في التنفس.

ويفترض مراجعة الطبيب حال ظهور الاعراض لان العلاج الطبيعي والادوية يمكن ان توقف التلف الحاصل للرئتين، ويمكن اكتشافه عن طريق فحص البراز.

ويتطلب علاج هذا المرض من الناحية الطبية كما يشير الى ذلك كل من بلك ونجل (Bleck and Negal, 1982) وباتشوا (Batshaw, 1986) كما جاء في القريوتي والسرطاوي والصمادي [3] إلى :

(1) Sarah, K (1999) Medical Dictionary. Beirut. Lebanan: ACADEMIA

(2) Smith, T (1995) مصدر سابق .

(3) القريوتي، السرطاوي، الصمادي (1995) مصدر سابق، ص 315 .

1- تعويض وظائف البنكرياس بالادوية والعقاقير الطبية المناسبة.

2- الحمية وتخفيف الوزن قدر الامكان لوجود صعوبة في امتصاص الدهون كما أشرنا سابقا والتعويض بالاغذية المناسبة والفيتامينات.

3- توفير كمية اضافية من الملح في طعام المريض، وخاصة في فصل الصيف، وقد يتم ذلك عن طريق الادوية والعقاقير الطبية.

4- العمل باستمرار على تنظيف الرئتين من السائل المخاطي المترسب.

السـل Tuberculosis

مرض مزمن ومعدي يصيب الإنسان والحيوان. يصيب في البداية وبشكل رئيسي الرئتين والعقد البلغمية، وبشكل عام جميع الأعضاء والاجهزة.

سببه نوع من البكتيريا العضوية تدخل عن طريق الجهاز التنفسي الى جسم الانسان، وتستقر في الرئتين وتتكاثر فيها. يزداد انتشار هذا المرض بالمناطق الفقيرة والمزدحمة، والذين يعانون من سوء التغذية، ينتقل عن طريق الاتصال والملامسة مع المريض، او قد ينتقل عن طريق حليب الابقار، إذ ان هذا المرض يصيب الانسان والحيوان.

اما السمة الرئيسية لتشخيص هذا المرض الفتاك هو السعال المصحوب الدم الذي يدلل على تلف وتمزق الرئتين. أما علاجه فيكون بالادوية أو الجراحة.

سكري الاحداث Juvenile Diabetes

احد الاضطرابات القديمة ويتمثل بزيادة مستوى السكر في الدم والبول لعدم افراز البنكرياس هرمون الانسولين والذي يكون مسؤولاً عن إحتراق الجلوكوز الذي يعد مصدر الطاقة لانسجة الجسم المختلفة. فلا يستهلك السكر الموجود في الدم الامر الذي يؤدي بالفرد الى الضعف نتيجة لفقدان الوزن، ولا يمتلك الحيوية والنشاط كاقرانه الآخرين فهو يميل الى الضعف والتعب السريع.

اما اعراضه فهو العطش الشديد، كثرة التبول، النحول والضعف، ضعف التنفس. وقد يؤدي السكر الى ضعف بصري،وسبق ان اشرنا الى الضعف البصري الناتج عن السكري في فصل الاعاقة البصرية، وقد يؤدي الى قصور كلوي كذلك.

اما اسبابه فالعامل الوراثي هو السبب الرئيسي للسكري، وقد تكون في بعض الاحيان الصدمات النفسية الشديدة تؤدي الى ذلك، او تعجل منه اذا كان لديه استعداد وراثي.

أما العلاج الوحيد في الوقت الحاضر فهو حقن الانسولين والحمية الغذائية.

متلازمة تيرنر Turner's Syndrome

هي مجموعة اعراض جنسية تصيب الاناث بعضها نتيجة فقد كامل للصبغي (X) او فقد جزئي له، اكتشفها الطبيب الامريكي تيرنر [1] يكون سبباً لانقطاع الطمث (الدورة الشهرية) اذ يحدث ان تتلف البويضات بسرعة الامر الذي يؤدي الى نفاذها قبل سن البلوغ. ان هذه الاضطرابات تدل على نقص في نمو الغدد الجنسية أو غيابها.

اما مظاهر هذا المرض فهو قصر القامة، تشوه في العنق بشكل مجنح وتشوهات عظمية وقلبية.

اما العلاج فيكون من خلال اعطاء هرمونات جنسية مثل استروجين وهرمونات النمو مثل الاندروجين.

علماً ان هرمونات الاستروجين والاندروجين وبروجستيرون تفرز من القشرة وهو الجزء الخارجي للغدة الكظرية، ولذلك فان الاختصاص المسؤول عن هذا العرض هو اخصائي الغدد الصماء.

(1) Sarah, Kassem (1999) مصدر سابق .

متلازمة ألبورت Al ports Syndrome

هو مرض وراثي يتصف بصمم عصبي والتهاب كلوي، وامراض عينيه يتم الكشف عن هذا العرض عن طريق فحص البول لزيادة افراز الدم والبروتين. لا يختص هذا المرض بجنس بذاته وانما يكون هذا المرض اكثر تأثيراً على الذكور منه على الاناث.

اما علاجه فيشير الخطيب [1] الى ان الاطباء يركزون على حفظ توازن السوائل الجسمية، ومعالجة ارتفاع ضغط الدم في حالة حدوثه. ونتيجة للقصور الكلوي يصار الى غسل الكلى أو زراعتها.

متلازمة كلايتفلتر Klinefelter's Syndrome

وهو عرض خاص بالرجال نتيجة لزيادة كروموسوم أنثوي فيصبح عدد الكروموسومات (47 xxy) إذ يؤدي الى قصور إفراز المنسل مما يؤدي الى وجود خصيتين ضامرتين، وفقد النطاف والعقم، يتصف هؤلاء الرجال بعدم التناسق بين طول الاطراف العليا والاطراف السفلى اذ تكون هناك زيادة في طول الاطراف السفلى ولا يصاحب ذلك الاطراف العليا [2] وندرة وجود شعر في الوجه والبطن، وكبر القدمين وقد يتصف بعض هؤلاء الرجال بالغباء.

ويمكن القول ان هذا المرض هو نقيض لمتلازمة تيرنر لذلك فإن علاجه يكون بالهرمون الذكري (التستوستيرون).

(1) الخطيب، جمال (1998) مصدر سابق، ص 167 .

(2) الحفني، عبد المنعم (1994) مصدر سابق، ص 421 .

البرامج التربوية للمعاقين جسدياً وصحياً

تختلف البرامج التربوية المقدمة للمعاقين جسدياً وصحياً باختلاف أنواعها وشدتها ومظاهرها، وقد أشرنا سابقاً الى الاختلاف الكبير بين هذه الاعاقات فنبدأ من البسيط الذي قد لا يؤثر كثيراً وخاصة في تواصله وتحصيله الاكاديمي الى الشديد التي قد تؤدي بالفرد الى الموت احياناً، وقد تحتاج الى برامج تربوية خاصة وفريق من المتخصصين.

بذلك قد تكون بعض الحالات التي أشرنا إليها سابقاً لا تحتاج مناهج وأساليب خاصة، حيث يدمج الفرد بشكل طبيعي في الصف العادي كما هو الحال بالنسبة لحالات الجنف والحدب والبزخ واضطرابات الكلام والصرع والسكر وغيرها. وقد يحتاج هؤلاء الأفراد الى عدم تركيز المجتمع الى حالاتهم فقط وانما ينظر اليهم بشكل متكامل على أنهم افراد تتخللهم فروق داخلية وهو حال الآخرين كذلك. وقد يحتاج بعضهم الى بيئة معدلة من خلال صف خاص ضمن المدرسة العادية التي تلبي احتياجاتهم في الحركة والأداء الاكاديمي. وقد يحتاج بعض الذين لديهم مشاكل صحية ويتعاطون العقاقير الطبية التي تحدث امراض جانبية الى معرفة ووعي المعلم بذلك لكي يتصرف بشكل صحيح مع هؤلاء المتعلمين.

وقد يحتاج بعضهم الى مراكز ومؤسسات التربية الخاصة النهارية لاحتياجهم الى مناهج معدلة واساليب تدريس خاصة وقد تتطلب حالاتهم الى علاجات طبيعة ووظيفية إضافة الى الجانب الاكاديمي.

وقد يتطلب الامر أحيانا الى برامج الاقامة الدائمة وخاصة الحالات الشديدة مثل الشلل المخي وخاصة الشديدة منها والتصلب المتعدد والضمور العضلي الشديد التي تتطلب رعاية وعناية كبيرة ومتخصصة، وقد يكون التركيز على الجوانب الحركية وما يرتبط بها أكثر اهمية من الجوانب الاكاديمية.

وقد تكون مراكز الإقامة الدائمة بشكل عام افضل حالاً للأطفال الذين لا يجدون الرعاية والعناية او الذين يعيشون مع عدد كبير مع الاخوة والاخوات، او الذين لديهم ضائقة اقتصادية ، أو اولئك الذين لا يلقون حباً من أسرهم.

ان البرامج في مجال التربية الخاصة يفترض ان تبدأ من مهارات العناية الذاتية والمهارات الاجتماعية والتواصل ثم البرامج الاكاديمية ثم التأهيل المهني.

ويشير سيرفز وهينتز وكالدويل Sirvis, Heintz and Caldwell, 1995 في هيوارد (Heward) [1] في هذا الصدد الى أن الأهداف العامة التي يجب أن يحققها فريق العمل وأولياء الأمور هي

1- استقلالية المعاق جسدياً والذي يتضمن التمكن من مهارات الحياة اليومية.

2- الوعي الذاتي والنضج الاجتماعي

3- التواصل

4- النمو الاكاديمي

5- التربية المهنية والتدريب على مهارات العيش

ولتحقيق هذه الاهداف يمكن ان يعتمد برنامجاً تربوياً فردياً لبعض حالات الاعاقة الجسدية من خلال فريق عمل، ويقوم بتقديم الخدمات المتنوعة لتحقيقها.

وقد يحتاج بعض المعاقين جسديا وصحيا كما أشرنا سابقا مناهج معدله لكي تتماشى مع احتياجاتهم .

وأشار دن وزملاءه (Dun et al, 1980) في الخطيب [2] الى ضرورة استخدام الاستراتيجيات الاتية عند تكييف المناهج للمتعلمين ذوي الاعاقات الجسمية والصحية وهي:

1- تكييف المنحى التعليمي والذي يتضمن

(1) Heward, W. L. (1996) Exceptional Children: An Introduction to Special Education Fifth Edition, U.S.A. Charles E. Merrill.

(2) الخطيب، جمال (1998) مصدر سابق، ص 211-214 .

أ- تجزئه الهدف الى خطوات بسيطة

ب- تعديل التعليمات أو المعززات

جـــ- التحكم بالوقت لتعليم المهارة

د- تعديل المعيار

2- تكييف الاسلوب

اذا لم يكن تعديل المنحى كافياً فثمة حاجة الى تكييف الاسلوب الذي يستخدمه المتعلم لتأديه المهارة، وهذا يتطلب استخدام أسلوب مختلف في تدريس المتعلم وفي تسلسل التدريس.

3- تكييف المواد والوسائل

ويكون ذلك بعد فشل المنحى والأسلوب اذ يتطلب تكييف المواد والأدوات التي يتم استخدامها أي تسهيل الأدوات لتحقيق الهدف فمثلا مهارة ارتداء القميص يمكن ان تستبدل القميص ذي الازرار بقميص بلا ازرار.

د- تكييف المعدات

اذا لم ينجح تعديل المنحنى والأسلوب والوسائل في مساعدة المتعلم على تحقيق الهدف، فقد يكون هناك حاجة لتعديل المعدات بأخرى معدلة بديلاً لتحقيق الهدف مثل الادوات المساعدة الكتابية وتأديه مهارات الحياة اليومية والعناية الذاتية.

أما اهم الخدمات الفاعلة التي تقدم الى المعاقين جسمياً وصحياً والتي توفرت في مراكز التي تهتم بالامكانات الجسمية والصحية فهي

- خدمات العلاج الطبيعي (Physical therapy) التي تشكل جانباً مهماً من البرامج المقدمة للتأهيل الطبي، والمعالج الطبيعي هو الشخص المؤهل لتقديم الخدمات المساندة والتي تخدم تكامل خدمات التربية الخاصة. ومن أهم الخدمات التي يقدمها المعالج الطبيعي هو عملية تقييم الطفل بعد اطلاعه على التقارير الطبية والمعلومات التي يأخذها عن الأسرة فمثلا عند تقييم حالات الشلل المخي يجري قياس قوة العضلات، ومدى حركة المفاصل، والتناسق الحركي، والشد العضلي وغيرها.

أما الخدمات العلاجية للمعالج الطبيعي فيقوم بالتمارين المختلفة المتعلقة بالرجلين وتمارين الظهر واليدين والحوض والضغط وغيرها والمساجات المختلفة، والعوامل الطبيعية كالحرارة والبرودة، والكهربائية والامواج فوق الصوتية وغيرها.

العلاج الوظيفي Occupational therapy والذي يهدف الى تنمية القدرة على أداء المهارات اليومية المختلفة والشعور بالاستقلالية والحركة. فالمعالج الوظيفي يقوم بالأنشطة التي من شأنها مساعدة المعاق جسديا على القيام بالحركات الاستقلالية ومن التمارين التي يقوم بها المعالج الوظيفي تمارين التقوية والاستطالة.

العلاج النطقي وخاصة مع الأفراد المصابين بالشلل المخي إذ يعانون من صعوبات نطق ويقوم المتخصص بعلاج اضطرابات النطق والصوت او انسيابية الكلام، وقد وضحنا ذلك في فصل اضطرابات اللغة والكلام.

وأخيرا يمكن استخدام أساليب تعديل السلوك في اطفاء او تقليل السلوكات الشائكة، كما يمكن ان تستخدم كفنيات تعليمية لتعليم وتدريب مهارات اكاديمية وسلوكية ومهنية واجتماعية.

6

الفصل السادس
صعوبات التعلم

- مقدمة
- ماهية وتعريف صعوبات التعلم
- المحكات التي استخدمت في تحديد صعوبات التعلم
- تصنيف صعوبات التعلم
- مظاهر صعوبات التعلم
- أسباب صعوبات التعلم
- أساليب قياس وتقييم صعوبات التعلم
- أدوات قياس وتقييم صعوبات التعلم
- الاختبارات التي استخدمت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم
- الصعوبات النمائية وعلاجها
  - أ- صعوبات الانتباه
  - ب- صعوبات الذاكرة
  - جـ- صعوبات الادراك
- الصعوبات الاكاديمية وعلاجها
  - أ- عسر القراءة
  - ب- صعوبات الكتابة
  - جـ- صعوبات الرياضيات

صعوبات التعلم *

مقدمة

تعد صعوبات التعلم من الموضوعات المهمة في الوقت الحاضر في مجال التربية الخاصة والتي اعطيت اهتمام كبير من المهتمين على اختلاف تخصصاتهم، كالأطباء، وعلماء النفس وعلماء التربية وعلماء الاجتماع والمعلمين وأولياء الأمور وغيرهم لتزايد اعدادها نتيجة وبشكل أساسي للتطور الحاصل في عمليات الكشف والتشخيص والتقييم والوعي المتزايد لأولياء الأمور الذين أصبحوا يقارنون أبناءهم بأقرانهم حتى في الأمور البسيطة، كما أن مظاهر صعوبات التعلم قد تشترك مع مظاهر فئات أخرى كالعقلية والسمعية والبصرية واللغوية.

تعد هذه الفئة من الفئات الحديثة نسبياً قياساً بالفئات التقليدية الأخرى لكنها تشكل شريحة تفوق كل فئات التربية الخاصة، وقد يمكن القول أن هذه الفئة شائكة لتعدد أسبابها ومظاهرها، فقد يكون أحدهم لديه صعوبة تعلمية لسبب قد يكون لسبب آخر مع فرد آخر لنفس الصعوبة. وقد يكون متأخراً في مظهر أو اكثر لكنه قد يكون مبدعاً في جوانب أخرى.

ماهية وتعريف صعوبات التعلم

يعد مصطلح صعوبات التعلم من المصطلحات الشائكة والذي يتسم نوعا ما بعدم الوضوح ويتطلب تحديداً دقيقاً لكونه يشترك في مظاهرة مع فئات أخرى كالمعاقين عقلياً وذوي اضطراب السلوك، وذوي اضطراب اللغة، وهي شريحة غير متجانسة من حيث الصعوبات والأعراض والأسباب. لذلك فان مظاهر صعوبات التعلم كثيرة ومتنوعة، وهي ليست مشتركة لكل فرد ذي صعوبات تعلم، فقد يكون عند (س) بعض المظاهر التي قد لا تكون هي ذاتها عند (ص).

---

* للمزيد أنظر الظاهر، قحطان احمد (2004) صعوبات التعلم، عمان، دار وائل للنشر.

ويتبين أشكالية المصطلح واضحاً جلياً من خلال تعدد المصطلحات التي ذكرت لتدل على صعوبات التعلم فقد تصل الى (50) مصطلحاً كالخلل الوظيفي الدماغي البسيط (Minimal Brain Dysfunction) ،واصابة الدماغ (Brain Injured) او الاعاقة الخفية (Hidden Handicap) ،أو عسر أو احتباس الكلام (Dysphasia) أو عسر القراءة (Dyslexia) ، أو الحبسة الرياضية (العجز من اجراء العمليات الحسابية) (Dyscalculia) ، أو عسر الكتابة (Dysgraphia) وغيرها من المسميات.

ونتيجة لاختلاف وجهات النظر حول مصطلح صعوبات التعلم قامت الجمعية الأمريكية بتكوين لجنة لوضع تعريف لصعوبات التعلم، وقد توصلت الى ان صعوبات التعلم مفهوم عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تتمثل في درجة دالة من الصعوبة في اكتساب واستخدام أي من مهارات الاصغاء والكلام والكتابة والحساب وتتصل بمشكلات داخلية. (1)

وقد تختلف النظرة تبعاً للاختصاص فالأطباء على سبيل المثال يؤكدون في نظرتهم الى الأطفال ذوي صعوبات التعلم على الجانب الطبي حيث يرجعون صعوبات التعلم الى أسباب فسيولوجية وظيفية والمتمثلة بالخلل العصبي أو تلف الدماغ. في حين يركز اخصائي التربية الخاصة على القدرات العقلية للطفل التي لا تنمو بشكل منتظم كحال اقرانه الاعتياديين مما تؤثر في تحصيله الاكاديمي. ويؤكد الاختصاصي النفسي على الاضطراب في العمليات النفسية الأساسية.

وقد تكون صعوبات التعلم مرتبطة بمنطقة الخلل، فعندما يكون الخلل في نصف المخ الايسر سيؤثر في اكتساب اللغة والنطق والعمليات التي تتطلب فهماً وتحليلاً لفظياً، ولكن يمكن أن يتميزوا في الانشطة الزراعية والبنائية.

---

(1) كيرك وكلفانت (1988) صعوبات التعلم الاكاديمية والنمائية، ترجمة زيدان السرطاوي وعبد العزيز السرطاوي. الامارات: مكتبة الصفحات الذهبية.

بيــنما اذا كان الخلل في الجزء الايمن من المخ فانهم يشكون من صعوبات في التصور المكاني لكنهم قد يمهرون في الجانب اللغوي.

ان الصعوبة التعلمية ليست مقتصرة على مرحلة عمرية دون غيرها بالرغم مــن انهــا تختلف في اشكالها وفق المرحلة العمرية. لكنها تتضح كلما تقدم الطفل بالعمــر فهي أكثر وضوحاً في المرحلة الابتدائية منه في مرحلة ما قبل المدرسة، ويفترض معالجتها بشكل مبكر وإلا يمكن ان تستمر لمراحل لاحقة.

أما نسبة انتشار صعوبات التعلم فهي متفاوتة من باحث إلى آخر لكنها اكثر من أي فئة من فئات التربية الخاصة. وتشير الدراسات الى ان نسبة انتشارها لدى الذكــور اكثر من الاناث لاسباب قد تتعلق بتعظيم المراكز العظمية والنمو العصبي وقد تكون أسباب بيئية.

المحكات التي استخدمت في تحديد صعوبات التعلم

لقد استخدم اكثر من محك لتحديد صعوبات التعلم ولكن اكثر المحكات التي استخدمت في تحديد صعوبات التعلم هي :

1- محك التباين (Discrepancy Criterion)

اشــارت إلى ذلك تعريفات عديدة وهي التباين بين القدرات الحقيقية للفرد والاداء، وقــد يكون التباين في الوظائف النفسية واللغوية، إذ قد ينمو بشكل طبيعي في وظيفة ما، ويتأخر في أخرى فمثلاً قد ينمو بشكل طبيعي في اللغة ولكنه يتأخر فــي الجانب الحركي، وقد يكون العكس فينمو في الجانب الحركي لكنه يعاني من قصــور فــي اللغة. أو قد يكون التفاوت بين القدرة العقلية العامة او القدرة العقلية الخاصة والتحصيل الدراسي. فمثلاً قد يكون تباين بين المستوى التحصيلي والقدرة العقلــية فــي واحدة أو اكثر من القدرة على التعبير اللفظي، أو التعبير الكتابي، أو القــدرة على فهم المهارات الأساسية للقراءة، أو فهم واستيعاب المادة المقروءة، أو القدرة على القيام بالعمليات الحسابية.

ولابـــد من الذكر ان هناك تحفظات حول جانبي هذا المحك المتمثل بالقدرة العقلـــية والتحصيل الدراسي. فليس سهلاً أن نحدد بدقة القدرات العقلية للفرد، فاذا اعـــتمدنا مـــثلاً على اختبارات الذكاء فهي لا تغطي كل القدرات للفرد، فهي على سبيل المثال لا تقيس القدرات الفنية والقدرات القيادية والقدرات الميكانيكية والتفكير الابـــتكاري. امـــا بالنسبة للتحصيل فهو يتأثر كذلك بالدافعية والعوامل الاجتماعية والاقتصـــادية والثقافـــية، كما قد لا تتسم الاختبارات بالموضوعية، وقد تفتقر الى الصلاحية والموثوقية.

ولابـــد من الاشارة الى ان محك التباين للصعوبات التعلمية يزداد اذا كانت المقارنة بين القدرات العقلية للمتفوقين عقلياً والجانب الاكاديمي وخاصة فيما يتعلق بالقراءة والكتابة والحساب.

2- محك الاستبعاد (Exclusion Criterion)

وهـــو المحـــك الـــذي يعتمد على التشخيص الدقيق بين صعوبات التعلم والاعاقـــات الاخـــرى لان مظاهر صعوبات التعلم والاعاقات الاخرى مثل الاعاقة العقلـــية والاعاقـــة الانفعالـــية مشتركة، أي عندما يجري تعريف صعوبات التعلم يســـتثنى مـــن ذلـــك الاعاقـــات الاخرى ذات المظاهر المشتركة كالاعاقة العقلية والانفعالـــية والحسية ويمكن الاستفادة من هذا المحك كموجه ومرشد للتعرف على صعوبات التعلم، ولابد من الاشارة الى انه يمكن ان يرافق صعوبات التعلم إعاقات أخرى كفقد البصر او السمع او الاضطرابات السلوكية.

3- محك التربية الخاصة

ان الفكرة التي يعتمد عليها هذا المحك هو أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يصـــعب علـــيهم الـــتعلم وفق الطرق التقليدية المتبعة مع الأطفال الذين ليس لديهم صـــعوبات تعلم. كما أن الطرق الأخرى الخاصة بالاعاقات الأخرى قد لا تتناسب كذلك مع ذوي صعوبات التعلم وانما يحتاجون الى طرق خاصة.

وارى ان هـــذا المحك ضعيف لكون صعوبات التعلم ليست عامة وانما قد تكون في جانب ما، وقد يحتاج الطفل الى نوع من أنواع التعليم الفردي الذي يغطي هذا النقص.

لذلـــك فقد استبعد عبد الرحيم محك التربية الخاصة عند تصنيفه صعوبات التعلم، واضاف الى محكي التباين والاستبعاد محكين آخرين هما محك النضج الذي يعـــد أحـــد الأســـباب الرئيسية لصعوبات التعلم معتمداً في ذلك على الباحثين بندر (Bender, 1957) وســـلنجر (Slinger, 1971) حيـــث ذكرا ان الذكور أبطأ في اتجاه النضج من الاناث. وقد ذكر سابقاً في هذا السياق ان نسبة من يعاني صعوبات تعلم مـــن الذكور اكثر نسبة من نسبة تعلم الاناث. ويذكر الباحثان ان كثير من الذكور وبعـــض الاناث في سن الخامسة أو السادسة يعانون من مشكلات ادراكية أو حسية أو حركية لها الأثر الكبير في تعلم التمييز بين الحروف الهجائية. [1]

أمـــا المحك الرابع الذي ذكره عبد الرحيم فهو محك العلامات النيرولوجية (العصبية) حيث يركز هذا المحك على التلف العضوي او النيرولوجي للتعرف على صعوبات التعلم. ويكون الطبيب هو القطب الفاعل في هذه المسألة.

تصنيف صعوبات التعلم

ان تصـــنيف صعوبات التعلم يرتبط بمفهومه، وسبق أن قلنا أنه لا توجد وجهة نظر واحدة متفق عليها لمفهوم صعوبات التعلم. وهذا ينسحب على تصنيف صعوبات التعلم ايضاً للأسباب الآتية:

1- ان صعوبات التعلم ليست ذات مظهر واحد وانما عدة مظاهر وليس بالضرورة ان تتواجد هذه المظاهر في فرد بذاته.

2- درجاتـــه مخـــتلفة إذ ان المظاهر التي ذكرت في مجال صعوبات التعلم ليست بدرجة واحدة وبالتالي تتأثر الصعوبة بدرجة مظاهره.

---

(1) عبد الرحيم، فتحي (1992) مصدر سابق.

3- ان اسبابه متعددة

4- ان المهتمين بهذه الفئة شرائح مختلفة كاخصائي الطب والاجتماع والنفس والتربية الخاصة.

أما التصنيف التقليدي لصعوبات التعلم فهي:

1- صعوبات التعلم النمائية او النفسية.

ان النظرة العلمية والموضوعية للإنسان بأنه كل متكامل وليس أجزاء متفرقة. لذلك يمكن القول ابتداءً بأن أي قصور في أي جانب سوف لا يقتصر أثره في الجانب ذاته وانما ينعكس على جوانب اخرى فالقصور في عمليات الانتباه والادراك والذاكرة والتفكير، وهي عمليات عقلية على غاية من الاهمية، سيكون لها تأثيرها السلبي في اكتساب اللغة والمعرفة.

ان الصعوبات النمائية ستفرز بصداها السلبي على اكتساب القراءة والكتابة والحساب. فالانتباه يرتبط ارتباطا وثيقاً بالمثيرات الحسية الصادرة من الآخر، والقصور في عملية الانتباه يقلل من الافادة من هذه المثيرات سواء كانت سمعية أو بصرية أو لمسية، كما يؤثر في ذات الوقت في عملية الاتصال مع الآخرين والتي ترتبط ايضاً بالتكيف الاجتماعي.

كما ان للتذكر دوره في استرجاع الخبرات المخزونة في الذاكرة سواء كانت بصرية أو سمعية أو سمعية بصرية، وهي الأخرى تؤثر في التحصيل الدراسي. أما الادراك فيؤثر في عمليات التمييز البصري والسمعي واللمسي والتناسق البصري الحركي والغلق والعلاقات المكانية.

2- صعوبات التعلم الاكاديمية

ان صعوبات التعلم الاكاديمية ترتبط كما اسلفنا من قبل بشكل أساسي بصعوبات التعلم النمائية إذ يمكن القول انها نتيجة للقصور في عمليات الانتباه والادراك والتذكر والتفكير حيث يتعرض الطفل الى صعوبات في القراءة والكتابة

والتهجـــئة والتعبير الكتابي والاملائي والعمليات الحسابية. فمثلاً قد لا يلاقي الطفل صعوبة في تذكر الكلمات والحروف التي سبق أن تعلمها لقصور تذكره البصري او لقصـــور تذكـــره الســـمعي، او قصـــور في تنظيم التصور الجسدي. لذلك يحدث اللاتوافق بين مستوى ذكاء الطفل الذي يعاني من صعوبات تعلم والمستوى القرائي والكتابي والحسابي له.

مظاهر صعوبات التعلم

ابـــتداءاً لابـــد من الإشارة الى ان مظاهر صعوبات التعلم متعددة لكنها لا تظهـــر جميعها على كل فرد يعاني من صعوبات التعلم، وانما قد يظهر مظهراً او اكـــثر مـــن هـــذه المظاهر، وقد تختلف هذه المظاهر من فرد إلى آخر نوعاً وكماً وحسب الأسباب التي أدت إليها.

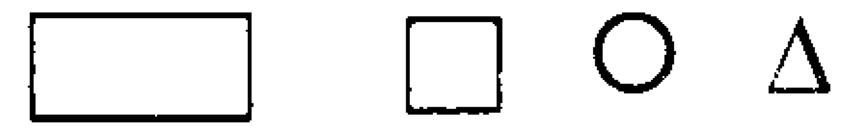
أما أهم مظاهر صعوبات التعلم فهي:

1- المظاهر السلوكية

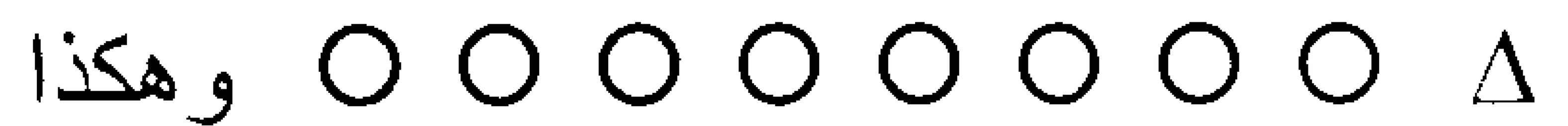
ان المظاهـــر التـــي يتصـــف بها ذوو صعوبات التعلم كثيرة منها ضعف التركيز والانتباه الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بشرود الذهن والتشتت مما ينعكس بشكل ســـلبي على تعلمه، وقد يقترن بذلك صعوبة الادراك البصري والسمعي والحركي، فهو لا يستطيع ان يميز بين الأشياء سواء كانت فروقاً أو اشكال هندسية.

كمـــا يظهر ذوو صعوبات التعلم استمراراً ونشاطاً حركياً زائداً فهم كثيرو الحـــركة ولا يســـتقرون على حال، وبالرغم من انهم ينزعون الى الحركة الزائدة المستمرة فانهم يتصفون بعدم التوازن في الحركة والمشي، ولا يعود ذلك الى خلل جسماني، ان ذلك قد يؤدي إلى اتصاف ذوي صعوبات التعلم بالسلوك غير المقبول اجتماعـــيا، وقد يعمم ذلك بحيث لا تستطيع هذه الفئة من الايفاء بالتزامات السلوك المقبول.

وقــد يتصف كذلك هؤلاء الاطفال بالاستمرار والمداومة (Perseveration) وهــي صــعوبة الانتقال من مهمة إلى أخرى، فيمكن ان يستمر بكتابة كلمة واحدة اســطر مــتعددة دون ملل، ويمكن إختبار الطفل لمعرفة هل يتصف بالاستمرارية؟ ويطلب منه ان ينسخ الأشكال الآتية:



ولكن الطفل يمكن أن يشكل الأول ثم يستمر بالثاني طويلاً فيكون كالآتي:



2- المظاهر اللغوية

تعد المظاهر اللغوية من أهم المظاهر التي يتميز بها ذوو صعوبات التعلم:

أ- صــعوبة فــي القــدرة علــى القراءة أو عسر القراءة او ما تسمى الديسلكسيا (Dyslexia) وتتمثل في ضعف او صعوبة في تعلم القراءة والتهجي، وقصور فــي الــتعامل مــع ما هو مكتوب. قد تكون اسبابها عضوية تتمثل في الخلل الوظيفي للدماغ.

ب- الصــعوبات الخاصة بالكتابة والتي تسمى (Dysgraphia) والتي تتمثل بالخطأ في ترتيب الحروف، أو إبدال حرف بحرف آخر، والتي تعود الى اسباب تتمثل بالقدرة الحركية الدقيقة، او عجز في التآزر البصري الحركي، أو عجز القدرة على ادراك الرموز.

ان مــن مظاهــر صــعوبات الكتابة ان الطفل لا يستطيع ان يكتب بشيء من التلقائــية كأقــرانه الآخرين، وربما يظهر ذلك جلياً في إملائه وكثرة اخطاءه اللغويــة والــنحوية فضــلاً عن عدم التنسيق والتنظيم بين الاحرف والكلمات والسطور.

جـــ- الصـــعوبات الخاصــة بالحســاب والتي تسمى (Dysculculia) فالطفل ذو الصعوبات التعلمية قد يخلط بين الأحاد والعشرات، وقد يغير الرقم، فبدلاً من ان يكتـب (24) يكتـبها (42)، ولا ينهي العمليات الحسابية الاربعة (الجمع والطرح والضرب والقسمة).

د- تأخر ظهور الكلام Language delay

ويعنـي تأخـر ظهور الكلمة الأولى عند الطفل ذي صعوبات التعلم حتى سن الثالـثة أحـياناً أو يـزيد، علما ان ظهور الكلمة الأولى عادة يكون في السنة الأولـى. ويقصد بالكلمة التي تمثل جملة فعندما يسأل الطفل أين ذهب أبوك؟ فيجب سوق أي ذهب أبي إلى السوق.

وقد يظهر احياناً صعوبات في اللغة العامة التي يتصل بها مع الآخرين أو فـي التعبير الشفوي، أو أخطاء في النطق كالحبسة الكلامية أو التأتأة أو التلعثم، أو تغيير في الكلمة عن طريق ابدال حرف أو أكثر او حذف حرف أو اكثر او إضافة.

3- مظاهر الإدراك ا لبصري

يجـد الافراد ذوو صعوبات التعلم مشاكل على درجات مختلفة في الادراك البصـري والـذي يرتـبط ارتباطاً وثيقاً بمدى الخسارة المخية. فقد يصعب عليهم ترجمة ما يرونه، كما يجدون صعوبة في التمييز بين الاشياء وإدراك العلاقات بين الأشـياء وربطهـا بعضها ببعض، ويعانون أيضاً من ضعف في التذكر البصري، ويظهر ذلك من خلال ضعف القدرة على سلسلة الأحداث.

وقـد يصـعب على ذوي صعوبات التعلم أيضاً التركيز، وقد يعجزون في تحقـيق الـتكامل بيـن الابصار وحركة أجزاء الجسم. لذلك قد يحدث الخلط بين الحروف والأرقام وخاصة المتشابهة منها مثل (ب، ت) ، (ق، ف)، (د، ذ) إضافة الـى بطـئهم فـي تعلـم الحروف الهجائية، كما يجدون صعوبة في النسخ إذ لا يسـتطيعون تذكـر القواعـد التي تعلموها في الاملاء والتهجئة، وقد يرتبط بهذه

الصـــعوبات كذلك مشكلات في العلاقات المكانية فيصعب عليهم التعامل مع مفاهيم الشكل والحجم والمسافة.

4- مظاهر الإدراك السمعي

ان الإدراك الســـمعي كما هو الحال بالنسبة للإدراك البصري يؤثر بشكل كبـــير في تعلم الفرد، وفي تكيفه مع البيئة التي يعيش فيها، فعندما يعاني الطفل من صعوبات في الإدراك السمعي فهو يجد صعوبة في التذكر السمعي والتمييز السمعي الأمـــر الـــذي يؤدي إلى عدم الانتباه اثناء الدرس، أو يكثر التلفت لمن حوله. ان الطفـــل يجـــد صـــعوبة فـــي تذكر أصوات الحروف التي تشكل الكلمات، وتذكر المعلومـــات الشـــفهية، وصـــعوبة تسلسل المعلومات، وصعوبة تركيب الاصوات بعضها البعض لتشكل الكلمات.

5- الاضطراب الانفعالي والاجتماعي.

ان الاضـــطراب الانفعالـــي والاجتماعي هو نتيجة طبيعية للأطفال الذين يعـــانون من صعوبات تعلم، فهم لا يستطيعون ان يواكبوا اقرانهم من حيث تعلمهم وبناء علاقات اجتماعية بناءة الأمر الذي يجعل رؤيتهم الى أنفسهم قد تختلف عمن هـــم بمستوى اعمارهم، فهم قد يميلون الى معاشرة من هم اقل منهم سناً. وقد يميل الطفل ذو صعوبات التعلم احياناً الى الانعزال وعدم الانخراط مع أقرانه الامر الذي يجعله يكون مفهوماً منخفضاً عن نفسه، وقد يؤدي ذلك الى مشاعر سلبية منها عدم الاحساس بالأمن، وعدم القدرة على أداء متطلبات الحياة الاجتماعية.

ان هـــؤلاء الأطفـــال لا يحصلون على التشجيع الاجتماعي بسبب ضعف انجازاتهم التعليمية في الصف، فانهم يعانون من الاحباط، ويبدأ الشعور بالانفصال والابتعاد عن المجموعة، وقد يرفضون المشاركة في الجماعة، وربما يلجأ البعض الى السلوك العدواني كحالة من التعويض.

6- تدني التحصيل الاكاديمي

ان تدنـــي التحصـــيل الاكاديمي هي احدى المظاهر التي يتصف بها ذوو صعوبات التعلم، وهي ليست عامة في جميع المواد.

أسباب صعوبات التعلم

ان اســـباب صعوبات التعلم كثيرة منها ما هو وراثي ومنها بيئي، والمدخل الطبي الذي يعد من المداخل التقليدية ينظر الى صعوبات التعلم من خلال الأسباب الوراثـــية وبشـــكل خـــاص ما يتعلق بالجهاز العصبي للطفل. بينما ينظر المدخل الســـلوكي إلى الأسباب البيئية من خلال العلاقة بين الطفل والبيئة المحيطة به بكل متغـــيراتها. وهذا الاخير يتماشى مع دور المعلم لانه لم يعد لمعالجات طبية وانما أعـــد لمعالجات تربوية. لذلك يمكن القول أن المدخل الطبي يحد من دور المعلم في حين ان المدخل السلوكي يفسح المجال أمامه لابتكار أساليب علاجية للأطفال ذوي صعوبات التعلم.

إن كثير من الباحثين يشتركون على ان صعوبات التعلم هي ناتجة عن خلل دماغي وهذا ما أشار اليه كل من ليرنر (Lerner) [1] وهلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [2] ذلـــك الجـــزء المسؤول عن العمليات الحيوية في الجسم، فهو المســـتقبل للمثيرات الحسية والجلد والعضلات، وهو الذي يقوم بإرسال الاشارات العصـــبية للجســـم، كما يقوم بتخزين وتفسير المعلومات، لذلك فان تلفه يؤثر كثيراً وخاصة في النمو العقلي وقد يحدث ذلك التلف قبل الولادة واثناءها وبعد الولادة.

وعلى أية حال يمكن تقسيم الأسباب التي تؤدي الى صعوبات التعلم إلى:

- أســـباب مـــا قـــبل الولادة ومنها اضطراب عملية التمثيل الغذائي ، إصابة الام بالحصـــبة الالمانـــية وخاصـــة خلال الاشهر الثلاثة الاولى، وقد يؤدي الخلل

(1) Lerner, J. W (2000) Children with Learning Disabilities, Theories, Diagnosis, and Teaching Strategies. Eight Edition, U.S.A: Mifflin Company.

(2) Hallahan, D, and Kauffman . J. (2003) مصدر سابق .

الكرموسومي الى صعوبات التعلم فمثلاً قد تظهر على الذكور صعوبات قرائية وكلامية وحركية نتيجة لزيادة كروموسوم (X) فيصبح (xxy) والتي يطلق عليها متلازمة كلاينفلتر (Klinefelter's Syndrome) .

أما اذا كانت الزيادة (y) فتؤدي الى الاندفاعية والنشاط المفرط والسلوك العدواني، وزن الوليد عند الولادة إذ ان هناك علاقة بين الوزن غير الطبيعي ومشكلات التطور والتعلم مستقبلاً. تعرض الام لأشعة أكس وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الاولى، تعاطي الام المضادات الحيوية القوية وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى، اصابة الام بالامراض الزهرية، التهاب السحايا، اضطراب الغدد الصماء. ومن أهم الأسباب التي تؤدي الى صعوبات التعلم سوء التغذية، نقص الاوكسجين لأسباب مختلفة، كما قد يكون للتدخين والمسكرات والمخدرات أثر في ذلك.

أما الأسباب التي تحدث اثناء الولادة فهي:

- الولادة المتأخرة جداً والولادة المبكرة جداً وخاصة تلك المتعلقة بعمر الام.
- عسر الولادة قد ينتج اما عن قلة الماء الذي يسبح فيه الجنين او الحالات النفسية الشديدة التي تؤدي الى حالات من التشنج الذي لا يساعد على الولادة الطبيعية.
- الاختناق بسبب قلة الاوكسجين او انقطاعه.
- الولادة الجافة.
- انفصال المشيمة المبكر الذي قد يؤدي الى انسداد عنق الرحم الذي يعرقل الولادة الطبيعية.
- عدم وصول كفاية من الاوكسجين.
- التوليد غير الصحي.
- استخدام ادوات صلبة أو غير معقمة.
- طول فترة المخاض قد يؤدي الى تلف الدماغ.

أسباب ما بعد الولادة فهي:

- الحــوادث والأمراض التي تصيب الطفل في سن مبكرة والتي تؤدي الى التلف الدماغي.
- وقــد اشــار الخطيب والحديدي [1] الى وجود علاقة بين ردود الفعل التحسسية الــناتجة عــن الاغذية وصعوبات التعلم حيث اهتم أطباء ومربون لسنين عديدة دراسة هذه العلاقة. كما ذكر المؤلفان دراسة أخرى قد راجعت البحوث العلمية التــي تعلقــت بهــذه المسألة، وتوصلت الى أن الدور الذي تلعبه الحساسية في الصعوبات التعلمية دور معقد يتداخل مع متغيرات أخرى.
- التســمم بالرصــاص إذ يجري التأكيد على خطورة الامر في احداث صعوبات تعلمــية حيــث قارنت دراسات بين أطفال ذوي نسب عالية من الرصاص في اســنانهم بآخريــن تقل نسبة الرصاص عن الاولى، ووجدوا ان هناك فرقاً بين المجموعتين في الجوانب النفسية والتربوية والاجتماعية ولصالح المجموعة التي تقل نسبة الرصاص في اسنانهم.
- نقص سكر الدم قد يؤدي الى اضطرابات سلوكية ونفسية .
- كمــا ان الــتهابات الاذن وخاصة الوسطى قد يؤثر في عملية التعلم لأنها ترتبط ارتــباطاً وثــيقاً بمهــارات التعلم السمعي، لذلك تؤثر بشكل خاص في مهارة القراءة والتهجئة.
- كما ان حوادث السقوط والدهس والضرب القوي الذي قد يحدث خللاً في الجهاز العصبي.
- وتغذيــة الطفــل وخاصة في مراحل الطفولة المبكرة لها أثرها في تطور الطفل ونموه. وهناك متغيرات بيئية قد تساهم في صعوبات التعلم أو تعمق من الأسباب التــي تــؤدي الــى صــعوبات الــتعلم كالأسرة من حيث وضعها الاجتماعي

(1) الخطيــب، جمال، الحديدي، منى (1998) التدخل المبكر، مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر، ص 168 .

والاقتصـــادي والثقافـــي، وهـــل هي ممتدة أو ضيقة؟ وعدم وجود النماذج التي تحـــتذى، او نماذج التعلم الضرورية في مرحلة الطفولة المبكرة، أو عدم استلام الطفـــل نمـــاذج كمـــية ونوعـــية من الأنشطة اللغوية قد يسبب قصوراً تعلمياً، والأســـاليب المســـتخدمة فـــي عملـــية التنشئة كالأساليب غير التربوية كالشدة، والـــتفرقة، والحماية الزائدة، والرفض الصريح أو المستتر، والتذبذب والاهمال وغيرها.

أمـــا المدرســـة فهـــي عامل قد يساعد او يزيد من صعوبات التعلم لما فيها من متغـــيرات مهمة كالمعلم باساليبه غير التربوية والطرق التعليمية القديمة والمناهج. ان التفاعل الحقيقي بين المعلم والمتعلم والانتماء الى الصف بشكل خاص والمدرسة بشكل عام يتأثر الى حد كبير بالأساليب والطرق والوسائل التي يستخدمها المعلم.

أساليب قياس وتقييم صعوبات التعلم

ان القـــياس والتقييم للأطفال ذوي صعوبات التعلم من المحاور المهمة التي تتوقف عليها جميع الأنشطة من تخطيط ووضع أهداف، ومحتوى، وطرق ووسائل وأساليب أخرى، ونحن لا نستطيع ان نتحرك بشكل صحيح وفعال ما لم يكن هناك قياس وتقييم كامل للصعوبات التي يعاني منها ذوو صعوبات التعلم.

ولكـــن قـــياس وتقييم صعوبات التعلم ليس أمراً سهلاً لما يكتنف هذا المصطلح من غموض حتى اطلق عليه الاعاقة الخفية. لذلك يتطلب استخدام وسائل متعددة للقياس والتقييم اكثر من أي فئة أخرى من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

ان الكشف المبكر في غاية الأهمية لتحديد وتعيين المشكلات التي يعاني منها الطفل دون ان تـــتفاقم اذ لا يمكـــن ان تـــبقى المشـــكلة علـــى حالهـــا دون تدخل علمي وموضوعي.

يشير ليرنر وآخرون Lerner, et al في كيرك وكلفانت [1] إن تشخيص الأطفال في سن ما قبل الدراسة هو الخطوة الأخيرة لعملية تتالف من ثلاث خطوات:

الخطوة الأولى: تتمثل في تحديد الأطفال الذين يعانون من تلك المشكلات ويعد ذلك بحد ذاته مشكلة مجتمعية تتطلب زيادة في وعي العامة من خلال وسائل الاعلام.

الخطوة الثانية: تتمثل بأجراء مسح اولي لأطفال ما قبل المدرسة لتحديد من يشكون بوجـود مشكلة لديهم، وممن لديهم قابلية كبيرة للتعرض للمشكلات المختلفة. ويقوم المســح الأولي بفحوص سريعة للقدرات الحسية، والحركية والاجتماعية والانفعالية واللغوية والادراكية.

الخطوة الثالثة: هي مرحلة التشخيص الفردي، وتهدف هذه المرحلة تحديد فيما اذا كانت هناك مشكلة جادة تتطلب علاجاً مبكراً أو إجراءات وقائية.

إن الكشـف المبكر عن صعوبات التعلم قبل دخول الطفل المدرسة له أثره الايجابــي الكبير في تهيئته بشكل حقيقي لمتطلبات المرحلة اللاحقة، وهي مرحلة الدراســة للســير بخطــى سليمة بعيدة عن التعثرات التي قد يكون له أثر كبير في الطفل ومستقبله الادائي.

يــتم ذلــك مــن خلال القياس والتقييم المبكر الذي يؤدي الى وضع برامج تــربوية صــحيحة لعلاج الصعوبات التي يعاني منها الطفل. فمثلاً قد يجد الطفل صــعوبات في التواصل اللغوي المتأتي من الاستقبال السمعي والذي لا يعزى الى اعاقــة سمعية، او عدم الافصاح عن نفسه من خلال التعبير اللفظي مقارنة بأقرانه الآخرين.

ان الكشــف المبكر يؤدي الى علاج مبكر بشكل أسهل بكثير مما لو تأخر فضلاً عن التهيئة الحقيقية لمتطلبات المدرسة. ويفترض ان يكون التشخيص فردياً لمظاهر النمو المختلفة الحركية والعصبية والنفسية واللغوية والاجتماعية. وقد يكون

(1) كيرك وكلفانت، مصدر سابق.

استخدام المدخل الطبي من الأساليب الاولى في تشخيص صعوبات التعلم التي تتبعها الأساليب النفسية والتربوية. ومن الأساليب الطبية المستخدمة.

1- رسم الدماغ الكهربائي (Electroencephalogram) (EEG) ويتمثل بوضع اقطاب على فروة الرأس لتشمل الفصوص المخية الاربعة (الجبهي والجداري والصدغي والقذالي) لمعرفة فيما اذا كان هناك خلل في هذه الفصوص.

2- رسم خريطة المخ (Brain Mapping) ويستخدم لتحديد الموجات السائدة في الفصوص الاربعة الآنفة الذكر.

3- جهاز الرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging) ويظهر هذا النوع من الفحص لنشاط المخ والاختلافات فيه والتي لها علاقة بصعوبات التعلم من خلال الاشعة التي يظهرها الحاسب الآلي.

وقد لا يوجد اتفاق بين المهمتين على خطوات محددة في تشخيص صعوبات التعلم بالرغم من ان هناك قواسم مشتركة بينها. فمثلاً يذكر كيرك (Kirk) [1] الخطوات التي يمكن حوصلتها بالشكل الآتي:

أولاً: تقييم أداء الطفل عن طريق

1- معرفة وضع الطفل الحالي من خلال جانبين

أ- القدرة العقلية من خلال تطبيق اختبارات الذكاء المعروفة كأختبار بينيه أو وكسلر، للتأكد من قدرات الطفل العقلية بشكل عام تنحرف انحرافاً معيارياً واحداً زيادة أو نقصاناً، وهذا ما يميز معظم الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

ب- التحصيل الاكاديمي الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالفرع (أ) والذي يتعلق بمدى التباين بين الاداء الاكاديمي الحالي والأداء المتوقع.

(1) Kirk, B.A (1972) مصدر سابق .

2- معـــرفة وضــــع الطفل في الجوانب الاكاديمية وخاصة في القراءة والكتابة من خلال كتابة تقرير عن ذلك يتم عن طريق الملاحظة النظامية مستخدماً في ذلك المقاييس المسحية السريعة المقننة.

3- المعـــرفة الدقـــيقة لجوانب القوة والضعف في تعلمه، والتركيز على المشكلات التي يعاني منها الطفل، فهل هي تتمثل في الاستقبال أو في الفهم.

ثانـــياً: معرفة الأسباب التي أدت الى صعوبات التعلم وهل هي عضوية؟ نفسية؟ بيئـــية؟ عـــن طريق استخدام أدوات متعددة كدراسة الحالة أو الملاحظة المقننة او تطبيق اختبارات .

ثالثاً: بناءً على ما سبق يمكن وضع الفرضيات التشخيصية .

رابعـــاً: وضـــع خطـــة تتضـــمن أهداف تعليمية ومحتوى وطرق ووسائل تعليمية وأنشطة.

أدوات قياس وتقييم صعوبات التعلم

هناك أدوات عديدة يمكن أن تستخدم في قياس وتقييم صعوبات التعلم سوف نتطرق اليها ابتداءاً من البسيط وهي:

1- الملاحظة:

وهـــو أســـلوب تقييمي يمكن أن يستخدم من قبل شرائح مختلفة ابتداءً من الأســـرة الـــى المدرســـة بتدريـــب بسيط، فقد يقوم به أولياء الأمور والمعلمون او غـــيرهم. يتطلـــب من هذه الاداة تسجيل السلوك المستهدف المرتبط بتاريخ معين وظرف بيئي.

ان الملاحظة من الأدوات التي يمكن ان نحصل من خلالها على معلومات مهمـــة عن الطفل ذي الصعوبات التعلمية في مواقف كثيرة الصفية والبيئية وخلال الأنشـــطة الحرة في الجوانب الحركية والانفعالية والاجتماعية والمعرفية، ونستطيع التعرف على المشكلات اللغوية المتعلقة بالمهارات السمعية أو البصرية والتي تشمل

علـــى مـــدى استيعابه للنقاش الصفي، وقدرته على التذكر السمعي، والفهم، وعدم الخلط بين الاصوات المتشابهة.

كمـــا يمكـــن أن نتعرف من خلال الملاحظة الاكلينيكية القصور في اللغة التعبيرية للطفل وخاصة ان من المظاهر التي يتصف بها ذوو صعوبات التعلم هي صعوبات في النمو اللغوي. ونستطيع ان نعرف من خلال الملاحظة النظامية كيف يـــتعامل الطفل مع المتغيرات البيئية؟ وهل يتسم ذلك بالاتساق؟ والى أي مدى ينتبه الطفل ويدرك بما يتناسب مع عمره الزمني؟

2- المقابلة Interview

مـــن الأدوات التـــي يمكـــن استخدامها مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم للحصـــول على معلومات مهمة. تهدف المقابلة التشخيص او الارشاد او العلاج او الاستشارة وخاصة عندما تكون المقابلة فردية.

ويجب ان يراعي الشخص الذي يجري المقابلة خلق جو ايجابي ودي، وان يحرص على جعل الفرد في وضع نفسي جيد لكي يستطيع أن يتكلم بحرية وامان.

تتمـــيز المقابلة بأنها افضل الادوات التي يمكن ان تحصل من خلالها على بعـــض المؤشـــرات لسمات الطفل الشخصية من خلال ما يظهر عليه من حركات وســـكنات وايمـــاءات وانفعالات، كما انها تتسم بالمرونة إذ قد يسأل الشخص الذي يقوم بالمقابلة اسئلة يتوصل اليها من خلال التفاعل الذي جرى بينه وبين الطفل.

3- دراسة الحالة

وهـــي من الطرق الرئيسية للتعرف على مظاهر صعوبات التعلم إذ تزود الاخصـــائي بمعلومات على غاية من الأهمية تتعلق بمظاهر النمو المختلفة المتعلقة بالجوانـــب الرئيســـية الأربعـــة وهـــي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية. والمتغـــيرات الاساسية التي تؤثر في انطلاقة الطفل بشكل سليم وصحي كالأوضاع السكنية، وحجم الأسرة ، والوضع الصحي للطفل، والام والاب وتاريخهم الصحي،

ووضـــع الطفل قبل واثناء وبعد الولادة، والأمراض التي تعرض اليها وخاصة بعد الولادة وغيرها.

4- اختبارات التحصيل

وقـــد تكـــون هذه الاختبارات مدرسية يقوم باعدادها معلم التربية الخاصة وتطـــبق داخل اطار الصف، وقد تصمم لقياس مهارة واحدة أو عدة مهارات. فمثلاً قـــد يصـــمم (س) مـــن معلمي التربية الخاصة في احدى مدارس التربية الخاصة إختـــباراً فـــي القـــراءة قد يكون خاصاً بمرحلة واحدة، أو يكون اوسع ليشمل عدة مـــراحل. وآخر يصمم اختباراً في الحساب لمرحلة واحدة او عدة مراحل. تعد هذه الاختـــبارات بمـــثابة الكشف المبدئي، أو يمكن ان نستشف منها بعض المؤشرات التشخيصية عن الأطفال ذوي صعوبات التعلم. وبالرغم من أنها تزودنا بمؤشرات عـــن حالـــة الطفل، ولكن لا يفترض ان نعتمد عليها بشكل كلي، ويفضل ان يكون التقييم كاملاً وشاملاً لحاجات الطفل ذي صعوبات التعلم.

وهـــناك اختـــبارات تحصـــيل مقنـــنة يمكن ان تستخدم مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم. ومن الاختبارات المقننة التي استخدمت في مجال القراءة والتهجئة والحساب.

- اختبار جراي للقراءة الشفهية.
- اختبار بيبودي للتحصيل الفردي.
- اختبار مونرو لتشخيص الرياضيات.
- اختـــبار التحصـــيل ذو المدى الواسع والذي يتضمن ثلاثة اختبارات فرعية هي القراءة والتهجئة والحساب والذي يمكن استخدامه مع شرائح متنوعة في مراحل الروضة والابتدائية والثانوية.

5- اختبارات القدرة العقلية

سبق ان ذكرنا ان هناك مظاهر مشتركة بين الاعاقة العقلية وصعوبات التعلم، لذلك تعد اختبارات القدرات العقلية من الاوليات التي يجب ان نستخدمها مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم للتعرف على عدم وجود اعاقة عقلية. وان معدل ذكاؤه يكون ضمن المعدل بانحراف معياري واحد زيادة أو نقصاناً. وفي هذه الحالة يكون القصور في التحصيل الاكاديمي ناتجاً عن صعوبات تعلم لاسباب متعددة منها الوراثية والبيئية والتي اسلفنا توضيحاً لها.

6- الاختبارات محكية المرجع

وهي من أدوات التقييم غير النظامية والتي يمكن أن يقوم بها المعلم والحكم على أداء المتعلم. فمثلاً اذا اتقن مهمة بنسبة نجاح معينة كأن تكون 90% كقراءة نص يتكون من عشرين كلمة على أن لا يتجاوز اخطاءه عن اثنتين. يمكن أن يتبع في المواد الاساسية القراءة والرياضيات. تتميز هذه الاختبارات بكونها متحررة من التحيز التي تؤخذ على الاختبارات المقننة والمتمثلة بالعرقية والثقافية.

الاختبارات التي استخدمت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم

من الاختبارات التي استخدمت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم

أ- اختبار الينوي للقدرات السيكولوجية Illnois Test of Psycholinguistic

يعد هذا الاختبار من أشهر الاختبارات الفردية التي طبقت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم. وهو يصلح لأعمار تتراوح ما بين (2-10) سنوات. اما الوقت اللازم لتطبيقه فهو ساعة ونصف ، ومدة تصحيحه تتراوح ما بين (30-40) دقيقة يتكون المقياس من اثنا عشر إختباراً فرعياً هي:

1- اختبار الاستقبال السمعي Auditory Reception Subtest

2- اختبار الاستقبال البصري Visual Reception Subtest

3- اختبار الترابط السمعي Auditory Association Subtest

4- اختبار الترابط البصري Visual Association Subtest

5- اختبار التعبير اللفظي Verbal Expression Subtest

6- التعبير العملي (اليدوي) Manual Expression Subtest

7- اختبار تكملة الجمل من حيث القواعد والمعنى Grammatic Closure Subtest

8- اختبار الاكمال البصري Visual Closure Subtest

9- اختبار التذكر السمعي Auditory Memory Subtest

10- اختبار التذكر البصري Visual Memory Subtest

11- اختبار الاكمال السمعي (اختبار احتياطي) Auditory Closure Subtest

12- اختبار التركيب الصوتي (اختبار احتياطي) Sound Blending Subtest

ومن مظاهر القوة في هذا الاستبيان انه غطى مجالات على غاية من الأهمية في التطور النمائي للطفل، وخاصة فيما يتعلق بالتذكر والانتباه والتفكير واللغة بنوعيها الاستقبالية والتعبيرية.

وفي تقديري ان فقرات المقياس اكثر إنسجاماً مع عمر (10) سنوات منه مع المستويات العمرية الدنيا إذ تكون صعبة مع أعمار (2) و (3) و (4) سنوات. وبالرغم من إننا نؤكد كثيراً على الكشف المبكر لصعوبات ومشاكل الأطفال لان علاجها أسهل الا اننا نجد صعوبة كبيرة في التعرف تماماً على أطفال بأعمار (سنتين) أن لديهم صعوبات تعلم، وخاصة انهم لم يخبروا القراءة والكتابة والحساب والتهجئة بالرغم من انها تابعة للعمليات النمائية (التذكر والانتباه والادراك والتفكير).

ومن المآخذ على هذا المقياس انه يستغرق وقتاً طويلاً (ساعة ونصف) بالنسبة لأعمار دنيا من (2-10) سنوات.

اختبار مايكل بست للتعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم

طور هذا المقياس مايكل بست عام 1969 الذي يهدف الكشف عن الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم. يطبق هذا الاختبار على المراحل العمرية التي

تتراوح ما بين (6-12) سنة، وهي مرحلة اكثر تماشياً لقياس صعوبات التعلم من مقياس الينوي النفس لغوية والذي يطبق مع اعمار (2-10) سنوات.

كمـــا أن الفـــارق للفـــئة العمرية لمقياس مايكلبست اقل من الفارق لمقياس اليـــنوي للـــنفس لغويـــة، وبالتالي يمكن أن تكون الصورة اكثر وضوحاً عن أداء الطفـــل. يـــتكون هذا المقياس من (24) فقرة موزعة على خمسة اختبارات فرعية هي:

1- الاستيعاب السمعي: ويشمل اربع فقرات تتعلق بـــ

أ- فهم معاني الكلمات

ب- المحادثة

جـــ- التذكر

د- اتباع التعليمات

2- اختبار اللغة ويتضمن خمس فقرات تتعلق بـــ

أ- المفردات

ب- القواعد

جـــ- تذكر المفردات

د- سرد القصص

هـــ- بناء الأفكار

3- المعرفة العامة: وتتضمن اربع فقرات تتعلق بـــ

أ- ادراك الوقت

ب- ادراك العلاقات

جـــ- معرفة الاتجاهات

د- ادراك المكان

وتعد هذه الاختبارات الثلاثة الاولى لفظية

أما الاختبارات غير اللفظية فهي

4- التناسق الحركي العام: ويتضمن ثلاث فقرات تتعلق بـــ

أ- التناسق الحركي العام

ب- التوازن

جـــ- الدقة في استخدام اليدين

5- السلوك الشخصي والاجتماعي: ويتضمن ثماني فقرات تتعلق بـــ

أ- التعاون والاتجاه

ب- التركيز

جـــ- التنظيم

د- التصرفات في المواقف الجديدة

هـــ- التقبل الاجتماعي

و- المسؤولية

ز- انجاز الواجب

ح- الاحساس بالآخرين

يتميز هذا الاختبار في اننا يمكن ان نستخلص اربع درجات وهي:

أ- الدرجة الكلية

ب- درجة الاختبار اللفظي

جـــ- درجة الاختبار غير اللفظي

د- درجة أي اختبار لوحده

ان هـــذه المرونة مفيدة جداً في مجال التربية الخاصة الذي قد يعاني بعض فـــئاته من صعوبات لفظية كالمعاقين سمعياً، وهناك من يعاني من صعوبات ادائية كالمعاقين بصرياً.

وبهذا يمكن ان يكون هذا المقياس ارضية يمكن الانطلاق منها لبناء مقاييس اخـرى تـتعلق باعاقات أخرى. يستغرق تطبيق هذا الاختبار (45) دقيقة والوقت الـلازم لتصحيحه حوالي نصف ساعة، وهكذا لو قارنا بين مقياس الينوي للنفس لغويـة ومقياس مايكلبست فيما يتعلق بالزمن المحظ نجد انه اسهل في هذه الناحية مـن الاول. ولكن لا يفوتنا القول بأن مقياس الينوي اكثر شمولية من مقياس مايكل بسـت. يتسم هذا المقياس بان كل فقرة من فقراته لها مستويات خمسة مرتبة حسب الصعوبة تبدأ من المستوى الادنى الى المستوى الاعلى فمثلا يشير الروسان[1] الى رقم الفقرة (2) المتعلقة بالانتباه والتشتت من اختبار السلوك الشخصي والاجتماعي

1- قدرته على الانتباه والتركيز ضعيف جداً فهو سهل التشتت.

2- نادراً ما يصغي أو يستمع للآخرين كثيراً ما يفقد الانتباه.

3- قدرته على الانتباه والتركيز تتناسب مع مستوى عمره وصفه.

4- قدرته على الانتباه والتركيز تفوق المتوسط فهو دائما منتبه.

5- دائما ينتبه للأمور المهمة ولديه قدرة عالية على التركيز طويل المدى.

أمـا كيفـية حساب الدرجات فتكون حسب المتغيرات الاربعة التي ذكرت سـابقاً. فـاذا اردنـا حساب الدرجة الكلية للاختبار، تجمع الدرجات لكل فقرة من فقرات المقياس ونقسمها على (24) حيث ان أعلى مجموع للدرجات يمكن الحصول عليه هو (120)

(1) الروسان، فاروق (1998) اساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر، ص 298 .

الصعوبات النمائية وعلاجها

1- صعوبات الانتباه

كيف ينظر إلى نقص الانتباه

ابتداءً، لابد من القول، ان نقص الانتباه ما هو الا نتيجة لمتغيرات كثيرة إذ لم يتفق المختصون في هذا المجال على سبب بذاته فهناك اسباب فيزيولوجية وأخرى كيميائية عضوية، وأسباب بيئية وتربوية كذلك . لذلك وجدت وجهات نظر متعددة فمثلاً عندما يكون نقص الانتباه هو نتيجة لتلف دماغي فان ذلك يؤدي في كثير من الاحيان الى النشاط الزائد المضطرب، والتشتت، وعدم التركيز، وصعوبة ضبط النفس نحو مثير بذاته لوجود عوامل تشتت داخلية وخارجية، وقد يتصف سلوكه بعدم الاتساق. واذا كان سبب نقص الانتباه ناتجاً عن اسباب كيميائية عضوية فان ذلك يؤدي الى الخمول والكسل.

كما ان التلف الدماغي هو نتيجة لاسباب متعددة وليس لسبب بذاته وما زالت اسباب الانتباه متعددة، وانماطه ليست واحدة والشرائح التي تعاملت معه متعددة إذ كان اهتمام عالم الاعصاب وعالم النفس والتربوي وغيرهم. لذلك تعددت وجهات النظر في تعريفه كما اشرنا الى ذلك من قبل وتصنيفه.

أما اشهر التصنيفات لنقص الانتباه كما يشير الى ذلك كيرك وكلفانت [1] هو

أ- التصنيف الطب النفسي الذي وضعته جمعية الطب النفسي الامريكية عام 1980 والذي يشير الى نمطين من نقص الانتباه.

1- نقص الانتباه المرتبط بنشاط زائد (او مفرط) والذي يتضمن المظاهر الاتية :

أ- قصور الانتباه في ثلاث مما يلي:

1- الفشل في انهاء المهمات التي بدأها.

2- غالباً ما يبدو على الطفل عدم الاستماع.

---

(1) كيرك وكلفانت، مصدر سابق، ص 112-115 .

3- يتشتت انتباهه بسهولة.

4- يعاني من صعوبة في التركيز.

5- صعوبة الاستمرار في انشطة اللعب

6- غالبا ما ينسى انشطته اليومية.

ب- الاندفاعية وتكون على الاقل في ثلاث من الجوانب الآتية :

1- يتصرف في الغالب بلا تفكير.

2- يتطفل على الاخرين ويقاطعهم.

3- الانتقال من نشاط إلى آخر بشكل مستمر.

4- الخروج من المقعد.

5- يعاني من صعوبة في التنظيم.

6- يحتاج الى مزيد من المراقبة والاشراف.

7- يصرخ او ينتابه نوبات غضب.

8- يعاني من صعوبة في الانتظار، واخذ دورة في الالعاب والانشطة الجماعية.

جـ- النشاط الزائد وذلك في اثنين مما يلي

1- يتسلق الاشياء او يقفز عليها.

2- يعاني من صعوبة بالغة في الالتزام بهدوء.

3- يعاني من صعوبة في البقاء في المقعد.

4- يتحرك بشكل ملفت للنظر خلال نومه.

5- دائما ما يقوم بأنشطة حركية مستمرة.

د- تبدأ قبل سن السابعة من العمر.

هـ- تستمر على الاقل لمدة ستة اشهر إذ لا يجوز ان ننعت الطفل أي نعت من خلال سلوك وقتي فمثلا لا يجوز ان نطلق على طفل بانه عدواني من خلال

سـلوكه هـذا لبعض الوقت او من خلال ايام معدودة، وانما يجب ان يتصف السلوك بالاستمرارية والثبات لكي نطلق عليه ذلك النعت.

و- لا تعود الى عوامل أخرى كفصام الشخصية او اضطرابات إنفعالية او اعاقات عقلية شديدة او حادة.

2- نقص الانتباه غير المرتبط بالنشاط الزائد ويكون هذا النمط اقل وطأة من الاول لانه لا يكون مصحوباً بحركة زائدة فهو يتسم بانه بسيط بالرغم من ان هناك تشـابهاً فـي السلوك بين النمطين الا ان الثاني اكثر قبولا من الاول لانه أقل ضرراً على الفرد نفسه وعلى الآخرين الذين يتعامل معهم.

ب- التصنيف النفسي والتربوي

يـرى هـذا التصنيف ان الاطفال الذين يتصفون بالحركة الزائدة يظهرون بعضـهم عـدم القدرة على ضبط انفسهم، وفقدان السيطرة لاسباب داخلية، بينما لا يظهر اولئك الذين يتصفون بالخمول والكسل تلك السلوكات. وتكون أسبابها عصبية كيميائية حيوية وانفعالية، وكلا النوعين يؤثر بشكل خاص في الانتباه الانتقائي الذي يؤثر في التحصيل الدراسي.

ان مكونات النشاط الزائد يتمثل بالحركة الدائمة في جميع الاوقات وخاصة لاعمـار مـا بيـن سن الميلاد والسنة الخامسة، وعدم القدرة على الاستمرار في المهـارة بحيـث يتمكـنون من اكمالها، وهذا يتعلق بالجانب المعرفي. اما المكون الثالث فهو الجانب الاجتماعي الذي يظهر بشكل شديد جدا في مرحلة المراهقة.

امـا الخمـول والكسـل فيتمثل في ضعف الاستجابة للمثيرات البيئية، وقد يصنف هؤلاء الاطفال ضمن فئات فصام الطفولة أما البسيطة منها فتتمثل في احلام الـيقظة وكذلـك عـدم انجاز المهمات الموكلة اليهم، وقلة المشاركة في الانشطة الجماعية مع أقرانهم، وقد يثبتون هؤلاء الأطفال انتباههم الى مثيرات لا علاقة لها بالمهمة التعليمية.

اما الاندفاعية فهو مظهر من مظاهر نقص الانتباه والذي يؤثر بشكل خاص في الانتباه الانتقائي والذي يؤثر بدوره في التحصيل الدراسي والعلاقات الاجتماعية. وتتمثل الاندفاعية بالاستجابات المتسرعة غير العقلانية بلا تفكير بنتائجها، او أثرها في الآخرين والتي تفتقد كذلك الى التنظيم.

علاج نقص الانتباه

هنالك اكثر من وسيلة علاجية استخدمت لعلاج نقص الانتباه اختلفت في درجة فاعليتها ومنها:

1- المدخل الطبي Medical Approach

يعد المدخل الطبي من العلاجات التقليدية التي استخدمت بشكل كبير لعلاج كثير من الحالات في مجال التربية الخاصة ابتداءاً من الاعاقة العقلية والانفعالية والحسية إلى حالة نقص الانتباه، وما زال المدخل الطبي مستخدماً حتى يومنا هذا بالرغم من ظهور علاجات نفسية وسلوكية والتي تكون اكثر تلاءماً مع دور المدرس لانه لم يهيئ لمعالجات طبية، لكنه هيئ لعالجات تربوية.

ومن أشهر الأدوية التي استخدمت في هذا الجانب دواء الريتالين Retalin وهو من الأدوية الجينية وهذا هو الاسم التجاري، اما الاسم العلمي لهذا الدواء فهو المثيل فنياديت (Methel phenidate) . وهناك أدوية أخرى استخدمت مع الأطفال الذين لديهم نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المضطرب مثل دأمفيتامين d'amphetamine وبنزدرين Benzedrine وبيمولين Pemoline اضافة إلى أدوية خافضة للنشاط الحيوي مثل انافرانيل Anafranil وديسبرامين desipramine .

تعديل السلوك Behaviour Modification

لقد استخدم المدخل السلوكي في تذليل كثير من المشكلات والصعوبات التي تواجه الأطفال سواء ذلك في اطار الصف أو البيت أو أي مكان يحدث فيه.

ان اساليب تعديل السلوك التي تعتمد الثواب والعقاب بشكل أساسي تمد المعلمين والآباء بمعلومات على غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع الأطفال بشكل علمي بعيداً عن العشوائية والتجريب.

يشير مصطلح تعديل السلوك الى مجموعة من الإجراءات التي تشكل قوانين السلوك، تلك التي تصف العلاقة الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك.

وقد استخدمت أساليب التشكيل والحث والنمذجة والتوجيه المادي في زيادة الانتباه وخاصة مع أطفال التربية الخاصة. كما استخدمت كذلك أساليب الاطفاء وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز نقيضه، وتكلفة الاستجابة، والابعاد المؤقت، والتصحيح المفرط في معالجة كثير من المشكلات ومنها نقص الانتباه.

3- تعديل السلوك المعرفي Cognitive Behaviour Modification

لقد استخدم تعديل السلوك المعرفي مع الأطفال الذين يتميزون بنقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المضطرب وخاصة أولئك الذين لديهم قصور في المهارات التخطيطية والتنظيم الذاتي.

فمثلا الاندفاعية التي هي مظهر للسلوك المضطرب هو ان يتصرف الطفل بلا تفكير وهو نقيض للحديث الذاتي عن السلوك المزمع القيام به. لذلك يعد الحديث الذاتي عن أي سلوك نقوم به وخاصة الشائك منه او في حل مسائل اكاديمية يؤدي الى التحكم به.

لذلك يسعى المختصون في هذا الجانب الى تدريب الطفل التحدث الذاتي الذي يحمل في طياته تحكما في السلوك وخاصة اذا استخدم خلاله الحكمة والتعقل. ان المحاورة الذاتية تتطلب تعريف المشكلة، تقييم الحل، مراقبة الحل، والتعزيز الذاتي.

ويمكن ان يستخدم مع المحاورة الذاتية أساليب الثواب والعقاب كأن يستخدم التعزيز الموجب للسلوك المرغوب فيه، وتكلفة الاستجابة كشكل من أشكال العقاب

مـــن السلوك غير المرغوب فيه. كأن يفقد شيئا ما لانه لم يتصرف تصرفاً صحيحاً كأن يكون نقود، درجات ، نشاط أو ما شابه ذلك.

4- تدريب والدي الطفل

ان التواصـــل بيـــن البيت والمدرسة من الأمور التي يؤكد عليها في حقل التربية بشكل عام والتربية الخاصة بشكل خاص لأبعاده المهمة في حياة الطفل. إن الـــتدخل المبكر يكون اكثر فاعلية بمشاركة الأسرة لأن الأشخاص المتواجدين مع الطفل باستمرار هم أولياء الأمور (أو الاشخاص الموجودين في الأسرة).

وأصـــبح أولياء الأمور اكثر ادراكاً من أي وقت مضى للدور المنوط بهم، وخاصة اولئك الذين لديهم أطفال يعانون من صعوبات، إذ ان البرامج التي تقدم في اطـــار المؤسسات التعليمية قد لا تحقق الاهداف كما ينبغي بلا تواصل البيت لكي يحقق البناء المتكامل عبر المكان والزمان. ولا يقتصر على مكان وزمان بذاته.

5- التقليد ولعب الأدوار

إن كثـــيراً مـــن الـــتعلم يحدث عن طريق التقليد والمحاكاة وقد تؤدي إلى اكتسابه سلوكات جديدة او تعديل سلوكات قائمة.

وقـــد اســـتخدم أسلوب التقليد ولعب الأدوار كثيراً واثبتت فاعليته في تعليم جوانب سلوكية واكاديمية ومهارية.

يمكـــن ان نشرك الطفل الذي يتميز بنقص الانتباه بانشطة تتخللها مثيرات مـــرغوبة مـــع مجموعة من الاقران، أو لعبة مرغوب فيها لمجموعة من الأطفال يكـــون الطفل الذي يعاني من نقص الانتباه واحداً منهم، وتتطلب تلك اللعبة انتباهاً وتركـــيزاً. إن الطفـــل قد يتأثر بأقرانه وخاصة اذا كانوا نماذج مؤثرة إذ أن التقليد يـــتأثر بجاذبـــية النموذج. ان الاستمرارية على مثل هذه الانشطة يمكن ان نحسن الطفل الذي يعاني من نقص الانتباه.

6- المعلم كمعالج

ان العلاقــة بيــن المعلم والمتعلم علاقة تفاعلية يؤثر كل منهما في الآخر، ويعــد الأول محوراً أساسياً فاعلاً ومؤثراً في المتعلم، فهل يمكن له أن يحسن انتباه المــتعلم ســواءً كان مصحوباً بالنشاط الزائد المضطرب أو غير مصحوب بذلك؟ الجواب نعم من خلال الأساليب التربوية والفنيات التعليمية التي يستخدمها المعلم.

صعوبات الذاكرة

تعريف الذاكرة

تعــد الذاكرة من المرتكزات الأساسية في عملية التعلم إذ هي الجزء الذي يقوم بتصنيف المعلومات وتخزينها والاحتفاظ بها.

لذلك فان التقارب بين التذكر والتعلم قريب حتى استخدم احدهما ليدل على الثانــي، وهــناك من يعتبرهما متطابقين، او قد يكونان وجهين لعملة واحدة. وقد اخــتلف الباحــثون في النظر الى الذاكرة، فقد اشار باور وهيلجارو (Bower and Hilgard) [1] الى ان الذاكرة بأنها القدرة على الاحتفاظ واسترجاع الخبرات السابقة أو القدرة على التذكر.

ويمكن ذكر الاستراتيجيات المهمة التي تساعد على التذكر

1- الــربط (Connection) وهــي استراتيجية تساعد الفرد على تذكر المعلومة أو المعلومات عندما تربط بحدث معين أو تاريخ معين، او اسم معين فمثلا عندما تــربط القاف في قابيل للتذكر من قتل الآخر هل هو هابيل أو قابيل؟ أو وجود القــاف فــي العدســة المقعرة لمعالجة قصر النظر " حيث توجد القاف في المقعرة وقصر، أو يمكن ربط رقم التلفون بميلاد أخ، أو أخت ، أو أب، أو أم. وفــي اللغة الانجليزية يمكن ان نربط بكلمات معروفة كأن نضيف (ary) الى كلمــة (Station) والتــي تعنــي محطة لتصبح (Stationary) وتعني ثابت أو

(1) Bower, G.H., and Hilgard, E. R. (1981) Theories of Learning. Enlge Wood Eliffs, N. J., Prentice Hall.

مستقر، واذا أضفنا (ery) اليها لتصبح (Stationery) وتعني قرطاسية أو أدوات مكتبية.

2- التكرار: ان التكرار المستمر يساعد على طبع المعلومة في الذاكرة وبقاءها حية في الذهن يسترجعها الفرد متى اراد ذلك، وهو اسلوب يتبع لمراعاة الفروق الفردية بين المتعلمين . فمنهم من يتعلم من أول مرة، وآخرين لا يتعلمون الا بتكرار المعلومة مرة ثانية، وقد يحتاج قسم آخر الى تكرار كثير، وخاصة اولئك الذين يعانون من صعوبات تعلم. كما ان الاعادة تجعل المادة اكثر وضوحاً واسهل فهماً واطول استقراراً في الذهن، فهي تزيل الشوائب العالقة والغموض واللبس بحيث تكون المعلومة واضحة ناصعة فضلا عن أهمية التكرار والاعادة في التأكيد على المهم من النقاط والتي تحتاج الى تركيز.

كما ان تكرار كتابة المتعلم للمادة التعليمية يساعد على بقاءها في الذهن فترة أطول. ويمكن القول أنه كلما ازدادت تكرارية كتابة المادة التعليمية كلما ساعد ذلك على إطالة بقاءها في الذاكرة.

3- استراتيجية التجميع: يكون التجميع اما عن طريق حروف أو أرقام في وحدات صغيرة تسهل عملية التذكر، وهو وضع المعلومات في نظام ذي معنى، وان الفرد يميل الى تذكر الاشياء التي تتسم بانها منظمة متناغمة. فمثلا عند تعليم الحروف القمرية والشمسية يمكن جمعها من الحروف لتشكل كلمة او كلمات ذات معنى فمثلا الحروف القمرية تجمع في (إبغ حجك وخف عقيمة)، والحروف التي تزاد على جذر الكلمة تجتمع في كلمة "سألتمونيها" أو اليوم تنساه

4- استراتيجية الكلمة المفتاحة: تعتمد هذه الاستراتيجية على اختيار كلمة أو كلمات تكون بمثابة مفاتيح لتذكر المعلومة، وخاصة في مواد اللغات والشعر فيمكن للمتعلم يجمع كلمة واحدة لتذكر الوان الطيف الشمسي، او كلمة (رسم) لتذكر العظيمات الثلاث في الاذن الوسطى وهي ركاب، سندان، مطرقة.

5- اســـتراتيجية الحرف الأول First letter Technique : وهي بناء كلمات ذات معنى من الحروف الاولى لكل كلمة او جملة او بيت من الشعر لتذكرها. فمثلا المتعلم قد يجمع الحروف الخمسة الاولى من الابيات الشعرية الخمسة في كلمة واحـــدة، وهـــذه تســـاعده علـــى التذكر. ويمكن تذكر أعراض نقص المناعة المكتسبة في اللغة الانجليزية من خلال Aids والتي هي Acquired Immunity Deficiency Syndromes . وكلمـــة (Vakt) التي تعد اشهر الأساليب استخداما في التربية الخاصة بشكل عام وصعوبات التعلم بشكل خاص. يشير حرف (V) الى الحاسة البصرية (Visual) والحرف (A) الى الحاسة السمعية (Auditory) والحرف (K) على الحاسة الحسية الحركية (Kinesthetic) والحرف (T) على الحاسة اللمسية (Tactual)

6- استراتيجية القصة: إن القصة التي تمثل مجموعة من الأحداث المترابطة زمنياً ومكانياً تساعد الفرد على تذكرها. لذلك عندما نتحدث عن الطريقة الألقائية في كونهـــا لا تناســـب صـــغار السن، ولكن يمكن اتباعها عندما تستخدم بأسلوب قصصـــي لانه يساعد على الفهم، كما أنه يساعد على التذكر فمثلا في الشعر العربي هناك من يتميز بوحدة البيت، وهو عندما يستقل البيت عن القصيدة، أي يؤخـــذ دون ان تختل القصيدة، وهناك الأسلوب القصصي في الشعر الذي لا يمكـــن حذف بيت أو أكثر منه لانه بمثابة سلسلة من الاحداث، فلو كان هناك عشـــرة ابـــيات تمثل وحدة البيت وعشرة اخرى هي كالقصة، فسيكون تذكر العشـــرة التـــي تتمـــيز بالاسلوب القصصي أفضل من الاخرى، لذلك نوصي كمختصـــين فـــي التربية الخاصة ان يستخدم الاسلوب القصصي مع الاطفال الصغار حتى في موضوع الحساب فعندما نريد تعليم الاطفال الارقام من 1-5 على سبيل المثال فيمكن سرد قصة بسيطة عن الحيوانات مثلا وربط ما فيها بالارقام من 1-5 حيث نبدأ بالحسي الملموس وننتقل الى المجرد.

7- اســتراتيجية الــتأمل Midiation Technique : وهــي ترتبط بقدرة الفرد على تكوينه صورة ذهنية تخيليه للمثيرات التي يواجهها، وهي تتضمن الجهد الذهني الذي يبذله المتعلم للافادة من الخبرات المخزونة، وجعلها خبرات حياتية قابلة للتذكر.

8- كتابة الملاحظات: ان كتابة الملاحظات يساعد على استرجاع المعلومات بمعدل يفوق عدم التسجيل، إذ يقدر من خلال التجارب التي اجريت في هذا الصدد ان استرجاع المعلومات يفوق سبع مرات في حالة كتابة الملاحظات.

صعوبات الإدراك

ماهية الإدراك

الإدراك هــي العملية النمائية (العقلية والمعرفية) التي يعاني منها كثير من الأطفال ذوي صعوبات التعلم والمتمثلة باعطاء معنى للمثيراته الحسية أياً كانت هذه المثيرات سواءً بصرية أو سمعية أو لمسية وغيرها.

علاج صعوبات الإدراك

وتتضمن :

أولاً: علاج صعوبات الإدراك البصري

يمكن تقسيم الأنشطة التي من شأنها علاج صعوبات الإدراك البصري إلى

أ- الانشطة المتعلقة بالتمييز البصري

ب- تحسين الذاكرة البصرية

جـ- تحسين التركيز البصري

ثانياً: علاج صعوبات الإدراك السمعي

ويمكن تقسيم الأنشطة التي من شأنها تحسين الإدراك السمعي

أ- التمييز السمعي

ب- الذاكرة السمعية

جـ- التركيز السمعي

ثالثاً: الإدراك الحركي

وتتضمن الأنشطة المتعلقة بالحركات الدقيقة والحركات الكبيرة.

رابعاً: الإدراك اللمسي

من خلال عرض أشياء ملساء وخشنة، حارة وباردة ودافئة وأشكال باحجام مختلفة وغيرها .

الصعوبات الاكاديمية وعلاجها

عسر القراءة Dyslexia

استخدمت لفظة Dyslexia ديسلكسيا اليونانية الأصل والتي تعني صعوبة تحليل الكلمة المكتوبة أو (صعوبة القراءة) اصطلاحاً في اللغة الانجليزية.

وكان المدخل الطبي أول من استخدمها معتقداً أنها نتيجة لقصور عصبي وظيفي. لم يتفق الباحثون في هذا المجال على تعريف محدد لمفهوم الديسلكسيا فكان ينظر إليها في السابق على انها صعوبات قرائية، كما أشار إلى ذلك فريرسون Friersion في الستينات على انها عجز جزئي في القدرة على القراءة، أو فهم ما يقوم بقراءته قراءة جهرية أو صامتة. (1)

وهناك من يعد الديسلكسيا بأنها صعوبة تعلمية ذات جذور بنيوية، وآخرين يعتقدونها خلل عصبي، وقسم آخر يضيف إلى الخلل العصبي أساليب التربية غير السليمة.

ويمكن القول ان صعوبة القراءة تتمثل في تباين ملحوظ في قدرة الطفل على القراءة وعمره الزمني تختلف في درجتها باختلاف السبب الذي أدى إلى ذلك سواء تعلق بالجانب البنيوي، أو الخلل العصبي المتمثل بصعوبات ادراكية سمعية أو بصرية، أو ظروف غير سليمة في البيئة الاسرية أو البيئة المدرسية.

---

(1) عبد الرحيم، فتحي السيد، مصدر سابق .

قد يكون العسر القرائي في بعد واحد، أو قد يكون في ابعاد متعددة في وقت واحد، لذلك فان العلاج لا يكون بدرجة واحدة من الصعوبة.

ومـــن الأســـاليب التـــي استخدمت كطرق علاجية لقراءة وتفسير الرموز اللغوية.

أ- الطريقة الحسية الحركية

تعـــتمد هذه الطريقة التي ابتكرها جريس فرنالد وهيلين كيلر على استخدام اكثر من حاسة اضافة إلى الحركة حتى سميت بالطريقة الحركية، وخاصة للأطفال الذيـــن يعـــانون من صعوبات قرائية، ونحن نعرف بشكل عام ان الملموس افضل للـــتعلم والفهـــم من غير الملموس، وخاصة بالنسبة للأطفال الذين يحتاجون رعاية خاصـــة. ويطلق عليها اختصاراً (VAKT) ليشير كل حرف من هذه الحروف إلى حاســـة معيـــنة فالحـــرف V يعني استخدام الحاسة البصرية (Visual) حيث يشاهد الطفـــل الكلمة المراد تعليمها. والحرف A يمثل الحاسة السمعية (Auditiory) حيث يسمع الطفل الكلمة وينطقها. والحرف K وتعني استخدام الحركة Kinesthetic حيث يتـــبع الطفـــل الكلمة بالحاسة الحركية، والحرف T يمثل الحاسة اللمسية (Tactual) حيث يتبع الطفل الكلمة بأصبعه.

وتـــبدأ مـــن البسيط الى الصعب حيث تبدأ بالحروف غير المتقاربة في الأصوات وبعدها الاصوات الاكثر تقارباً مثل س ، ص

الربط بين الحرف وصوته الشائع: ويمكن ان يتبع الحرف في البداية ومن ثم جمع اصوات الحروف ليكون الكلمة.

ان عملـــية التتبع تساعد المتعلم على معرفة الاتجاه الصحيح في قراءة الكلمات من اليمين الى اليسار.

ب- طريقة جلنجهام Gillingham Method

وهذه الطريقة تستخدم عادة أكثر من حاسة لتعليم القراءة والكتابة والتهجئة مستخدما الرموز الصوتية حتى سميت هذه الطريقة بالطريقة الصوتية، او الطريقة الهجائية.

تبدأ هذه الطريقة بتعلم الحرف ثم الكلمة ثم الجملة عن طريق عملية الربط اذ يجـــري اولا ربط الرمز البصري مع اسم الحرف، ثم ربط الرمز البصري مع صوت الحرف، ثم ربط احساس اعضاء كلام الطفل في تسمية الحروف واصواتها كمـــا يســـمع نفســـه عـــند قراءتها. فتحاول هذه الطريقة ربط النماذج البصرية، والسمعية، والحسية- العضلية. وهي طريقة صالحة مع المتعلمين ذوي الصعوبات الشديدة في تعلم القراءة.

جـــ- طريقة هيج - كيرك- كيرك للقراءة العلاجية

The Hegge- Kirk – Kirk Remedical Reading drills

طورت هذه التدريبات أساساً للأطفال المعاقين القابلين للتعلم

The Educable Mentally Handicapped children

والـــذي يعـــتمد استخدام الطريقة الصوتية بطريقة منظمة باستخدام التعليم المبرمج (Programmed Instruction) ، ويقســـم كل تدريب الى أربعة أقسام، ويجري تغيير بسيط فيه. في القسم الاول يتم تغيير الحرف المتحرك الاول مثل زال ، قال، حال، وفـــي القســـم الثاني يغير الحرف الاخير مثل فار ، فاز ، فاق وفي القسمين الثالث والرابع يتم تغير الحرف الأول والأخير مثل كتب، فتق، ستر.

صعوبات الكتابة

ماهية الكتابة:

مـــن المهارات التي تعطى انتباها كبيرا من قبل التربويين لأهميتها للتعبير عـــن الذات إذ هي احد أشكال اللغة، وتسمى اللغة المكتوبة، وهي كذلك احد أشكال التواصل.

وتعد الكتابة احد الأبعاد الأساسية للبعد المعرفي، وهي عملية رسم حروف او كلمـــات بالاعـــتماد على كل من الشكل والصوت للتعبير من خلالها عن الذات الإنسانية بما فيها من مفاهيم ومعاني وتخيلات.

يعتمد الطفل في تعلم رسم الحروف والكلمات بشكل أساسي على التقليد والنمذجة. لذلـــك نؤكـــد على أهمية اختيار المعلم ليكون نموذجا يقتدى وخاصة في المراحل الأولـــى لما له من تأثير كبير في تشكيل رسم الحروف والكلمات للطفل الصغير، لأن السنوات الأولى في غاية الأهمية إذ هي بمثابة بناء اللبنات الأساسية للمهارات بشكل عام وخاصة لمهارة الكتابة.

وقـــد يتعرض الأطفال الى مشاكل في الكتابة قد تعود إلى ضعف السيطرة على الحركات الدقيقة، أي ان المهارات الحسية الحركية المطلوبة لتشكيل الحروف ضـــعيفة، وقـــد لا يكـــون هـــناك ســـبب واحد قطعي لهذه المسألة فقد يعود الى الاضـــطرابات العصبية، أو تأخر النضج، وربما تكون نتيجة لعدم خبرة الطفل في كيفية كتابة الحروف بشكل صحيح، أو تكون المشكلة في مسك القلم بشكل صحيح، أو فـــي حـــركة الـــيد، أو في الادراك البصري، أو قصور في التغذية الراجعة في فحص تشكيل الحروف، او السيطرة الحسية الحركية.

ولابـــد مـــن الإشـــارة إلـــى ان هناك علاقة بين الكتابة الضعيفة والتهجئة الضـــعيفة فهـــي تخفي ورائها تهجئة ضعيفة، كما أن السرعة وعدم الاهتمام عند الكتابة قد يخفي كذلك تهجئة ضعيفة.

علاج صعوبات الكتابة

إن صعوبات الكتابة هي نتيجة لأسباب متعددة ذاتية وموضوعية بيئية ووراثية، ونتيجة لتعدد الأسباب المؤدية الى صعوبات الكتابة، فإن العلاج قد يتحدد وفق السبب الذي أدى الى صعوبات الكتابة، لذلك تعددت الأساليب المتبعة لعلاج صعوبات التعلم الكتابية وهي:

1- العلاج الطبي: قد تكون صعوبات الكتابة نتيجة قصور حسي أو عضوي وبالتالي يمكن علاج هذه الأسباب من خلال الوسائل المعينة السمعية والبصرية، لأن القصور السمعي والبصري يؤثر سلبا في تعلم كثير من المهارات ومن ضمنها الكتابة. وقد يكون السبب عضويا مرتبطا بخلل مخي، مما يتطلب استخدام اجهزة تعويضية او اطراف صناعية، او قد تحتاج الحالة الى عقاقير طبية وفق الحالة التشخيصية للفرد.

2- العلاج الحركي: ان اضطراب الضبط الحركي يعد من الأسباب التي تؤدي الى صعوبات الكتابة. لذلك يجري التأكيد على كيفية الضبط الحركي من خلال وضع الجسم واليدين والذراعين والرأس، وكيفية الجلوس الصحيح على المنضدة بحيث تكون القدمان مستقرتين على الأرض، وأن تكون اليدان فوق المنضدة، وان تتحرك بحرية وسيطرة ليستخدم احداها في مسك القلم والثانية في ضبط الورقة. كما يجري التأكيد على كيفية مسك القلم بالشكل الصحيح الذي يمكنه من السيطرة وتحريكه بمختلف الاتجاهات.

يصار بعد ذلك الى الطلب من الطفل كتابة خطوط واشكال مختلفة ويمكن مساعدته عن طريق التنقيط او الكتابة الباهتة، او اكمال الناقص بالنظر إلى النموذج الكامل. وتتبع نفس الفنيات عند الانتقال الى كتابة الحروف بشكل منفصل، واستخدام التعزيز والنمذجة والتوجيه وكل اشكال الترغيب، ثم الانتقال الى المرحلة

التـــي تليها وهي كتابة الحروف المتصلة، ووضع الفواصل المناسبة بين الحروف والكلمات.

ويجب التأكيد على المبدأ الأساسي في طرق التدريس وهو البدء بالسهل الى الصـــعب، ومن البسيط الى المركب في كل مرحلة من مراحل تعليم الطفل مراعيا قدراته وامكانياته وميوله.

3- عـــلاج القصور البصري: ان الجانب البصري بما فيه الادراك البصري والذاكـــرة البصـــرية والتميـــيز البصري، والتناسق الحركي البصري من العوامل المسببة لصعوبات الكتابة.

ويمكـــن لمعلم التربية الخاصة من اجراء تدريبات متنوعة لتحسين الجوانب الآنفة الذكر.

ولتحسين الادراك البصري يمكن اتباع تدريبات متعددة يتعرف الطفل على الشيء ضـــمن مجموعـــة اشياء يمكن ان تزداد هذه الاشياء المعروضة أمام الطفل بشكل تدريجـــي. او اوجـــه الشـــبه والاختلاف بين الاشياء المختلفة كالحجوم والحروف والكلمات والاعداد.

ويمكن تحسين الذاكرة البصرية من خلال إجراءات كثيرة، وما يبتكره معلم التربية الخاصـــة مـــثل عـــرض حرف أو كلمة امام الطفل ثم تعرض عليه مجموعة من الحـــروف من ضمنها الحرف الذي شاهده، وتطلب منه تعيين الحرف، كذلك الحال بالنسبة للكلمة.

أو تعـــرض عليه مجموعة من الحروف او الكلمات وحسب قدرة الطفل كأن تكون ثلاث او اكثر ثم يخبئ احدها ويسأل المعلم عنه.

أو يعرض المعلم على الطفل حرفا او كلمة بسيطة، ويطلب منه كتابتها، أو يعرض على الطفل كلمة ثم تبعثر حروفها، ويطلب من الطفل ترتيبها بشكل صحيح وفق ما رآها.

ويمكـــن تحسين التمييز البصري من خلال عرض متشابهات ومختلفات من أشكال كالحـــروف، الكلمـــات، الأشـــكال، الأحجام، ويطلب من الطفل أن يميز بين هذه الأشياء.

فمثلا يعرض المعلم بالونات مختلفة الألوان والأحجام، ويسأل الطفل أسئلة متنوعة حول الحجم والعدد والشكل، أو التمييز بين الحروف المتشابهة مثل (ب، ت، ث)، (ر،ز)، (س،ش)، (ح،خ،ج) وهكذا.

4- العلاج بالتعليم الصحيح

يتطلـــب ذلـــك تقييما حقيقيا لمستوى الأداء للطفل، ووضع الأهداف الكفيلة بتحقيق الكتابة المطلوبة التي تتناسب مع عمره الزمني قياسا بأقرانه الآخرين، وان يجـــري التركيز كما أسلفنا سابقا على مبدأ أساسي هو البدء من السهل الى الصعب ومن البسيط الى المركب.

حيث يعلم الطفل كيفية تشكيل الحروف من الأسهل إلى الأصعب مستخدمين أسلوب التشكيل (النسخ على النقاط المشكله للحرف)، ويمكن استخدام الوان مختلفة للترغيـــب والتحبيـــب، وتنقيص النقاط بشكل تدريجي يصاحب ذلك كتابة الحرف بشكله النموذجي لكي يكون هناك ربط بين النموذج والحرف المراد كتابته، يراعى في ذلك الفروق الفردية بين الأطفال إذ لا يخضع تعلم الحرف مثلا إلى زمن محدد، وإنما يختلف من طفل إلى آخر حسب قدراته وامكانياته.

صعوبات التعلم بالرياضيات

ان القصـــور في تعلم المفاهيم الرياضية وما يتعلق بها من عمليات حسابية أطلق على هذه الصعوبة مصطلح (Dyscalculia) الذي يعني صعوبة تعلم واستخدام المفاهيم الرياضية والتي ترادف في القراءة مصطلح (Dyslexia)

استراتيجيات التهيئة لتعلم الرياضيات

وتقوم على الأنشطة الآتية:

1- المطابقة

2- الفرز

3- التصنيف

4- الترتيب والتنظيم

5- العلاقات

6- العد من خلال مطابقة الأشياء المادية

7- تسمية الاعداد من 1-10

8- كتابة الاعداد من 1-10

الاستراتيجيات التي يمكن ان تذلل الصعوبات التعلمية في الرياضيات

1- دقة تحديد الصعوبة التعلمية او المجال المنهجي.

2- تحديد الأهداف بدقة اعتماداً على التقييم النظامي وغير النظامي.

3- اختـــيار المحـــتوى المناســـب للأهداف الموضوعة واختيار الفنيات والأساليب والطرق الكفيلة والخدمات والوسائل لتحقيق الأهداف.

4- البدء من السهل الى الصعب ومن البسيط الى المركب ومن المحسوس إلى غير المحسوس.

5- مـــنح المتعلم فرص متعددة للتدريب والمراجعة والتمرين لتعلم مكثف للمفاهيم الرياضية.

6- علم المتعلم تعميم المهارة التي تعلمها الى عدة حالات.

7- يجب ان يتعلم المتعلم المفاهيم ومعاني المفردات الرياضية.

8- بناء أسس متينة للمفاهيم والمهارات التدريسية من خلال التدريس الفاعل.

9- بناء برنامج رياضي متوازن يتسم بالموضوعية والمنطق ومتسلسلاً من البسيط الى الأصعب.

7

الفصل السابع
الاضطرابات الانفعالية

- المقدمة
- تعريف الاضطراب الانفعالي
- نسبة انتشار الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
- تصنيف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
- معايير الحكم على السلوك من حيث كونه سوي أو غير سوي
- أسباب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
- قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية
- خصائص المضطربين انفعالياً وسلوكياً
- التدخل العلاجي للاضطرابات الانفعالية والسلوكية
- البرامج التربوية للمضطربين انفعالياً وسلوكياً
- التوحد
- تعريف التوحد
- خصائص التوحد
- أسباب التوحد
- التشخيص
- علاج التوحد

الاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbances

مقدمـــة

لقد استخدمت عدة مصطلحات لتدل على الاضطرابات الانفعالية، والعنوان المذكور هو احدها، كما استخدمت الاعاقة الانفعالية (Emotional Handicap) والاضطرابات السلوكية (Behavioural Disorders)، وسوء التوافق (Maladjustment) ، والاعاقة الانفعالية الاجتماعية (Social Emotional Handicap) والاضطراب (الصراع) الانفعالي (Emotional Conflict) ، والاعاقة السلوكية (Behavioural Impairment) ، وهي تدل جميعاً على السلوك غير السوي أو غير الطبيعي والذي لا يكون مقبولاً اجتماعياً، والذي يؤثر في الفرد والمجتمع كذلك ويحدث بشكل متكرر.

ان هذه المصطلحات لا تكون متطابقة تماماً واذا عاملناها بلغتنا العربية وتفحصنا الامر لوجدنا اختلافاً واضحاً بينها.

وقد يمكن القول ان الاضطراب السلوكي يتماشى مع دور المعلم إذا ما قورن بالاعاقة الانفعالية على اعتبار ان هذا المصطلح يمثل المدخل السلوكي الذي يفسر السلوك السوي وغير السوي على أنه متعلم او مكتسب من البيئة، وما زال متعلم فيمكن تعديله من خلال التحكم بالمتغيرات البيئية التي سببت ذلك.

بينما قد يقترب مصطلح الاعاقة الانفعالية من مدخل التحليل النفسي الذي يصعب على المعلم تطبيقه في اطار المؤسسات التعليمية إذ يتطلب جواً هادئاً ومكاناً خاصاً ووقتاً وجهداً كبيراً لا يتوفر لدى المدرس فضلاً عن قصور خبرته في مجال التحليل النفسي إذ هو من اختصاص الطبيب النفسي أو الاخصائي النفسي.

يحدث الاضطراب الانفعالي للصغار والكبار أي لا يرتبط بعمر زمن محدد، وغالباً ما يفشل هؤلاء الأفراد من اقامة علاقات حميمة ومقبولة مع أقرانهم،

وقد لا يقترب الكثير منهم الا إلى أولئك الافراد المنحرفين أو الذين يماثلونهم في السلوك المضطرب.

ان الاضطراب لا يكون شكلاً واحداً او مظهراً واحداً وإنما هو أشكال ومظاهر كثيرة قد تختلف بأختلاف الأسباب التي أدت إليه من حيث الشدة، كما يختلف وفق العمر الزمني إذ قد تكون الانفعالات في مرحلة الطفولة ذاتية او موجهة نحو الذات بينما يختلف الحال في الأعمار اللاحقة حيث تكون أغلبها موجهة نحو الآخرين.

ان كثير من هؤلاء المضطربين انفعالياً يكونون مبعدين عن المجموعة ليس بسبب انهم منعزلون ولكن قد يكون أحياناً بسبب عدائيتهم وعدوانيتهم.

تعريف الاضطراب الانفعالي

ابتداءاً لابد من القول ان السلوك السوي وغير السوي متعلم، وللمجتمع دور كبير في تحديد ذلك إذ ان المجتمعات تضع افرادها في مكانات او مواقع مختلفة تتطلب كل مكانه دوراً متميزاً، وهذا الترابط بين المكانة والدور يخضع للنسبة الاجتماعية، كما يخضع كل دور في كل مجتمع لمواصفات يتوقعها الناس من الأشخاص الذين يمتلكون المكانة واذا تصرف الفرد بطريقة تخرج عن مواصفات هذا الدور نقول بأنه خرج عن الصيغة السلوكية المقبولة في مجتمعه.

ان الاضطراب الانفعالي ليس شيئا مادياً محدداً بشكل أو حدود وانما هو حالة معنوية يمكن أن نستدل عليها من خلال السلوك، لذلك لا يوجد اتفاق كامل بين المهتمين على تعريف محدد في هذا المجال.

ويشير هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [1] إلى العوامل التي تؤدي إلى صعوبات تعريف جيد ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية وهي

(1) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 225 .

1- نقص في التعريفات الدقيقة للصحة العقلية والسلوك السوي والتي تساعد على تحديد السلوك المغاير او النقيض.

2- الاختلافات في الرؤى النظرية.

3- صعوبة قياس الانفعالات والسلوك .

4- الارتباط او العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية وبقية الاعاقات.

5- الفروق بين المختصين الذي يقومون بتشخيص وتقديم الخدمات للأطفال والشباب.

ان اختلاف وجهات النظر نتيجة لتعدد النظريات، وصعوبة قياس الانفعالات والاضطرابات بدقة، وعدم توفير تحديد دقيق للصحة العقلية والسلوك السوي إذ يخضع بشكل أساسي للمعايير الاجتماعية، كما ان المشاكل والاضطرابات ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة أو سبب بعينه، لذلك نجد اختلافاً بين تعريف وآخر.

يرى وودي (Woody) [1] ان الطفل المضطرب انفعالياً وهو ذلك الطفل الذي لا يستطيع ان يتكيف مع معايير السلوك المقبولة اجتماعيا مما يؤدي إلى تدهور تقدمة الدراسي والتأثير في زملائه في الفصل، كذلك تدهور علاقاته الشخصية مع الآخرين.

أما شيا (Shea) [2] فقد اعتمد بشكل أساسي على المعيار الاحصائي في تعريفه للطفل المضطرب انفعاليا، حيث يرى ان الطفل المضطرب هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه عن المتوسط. وهذا الانخفاض يعمل على تخفيض قدرته على أداء واجباته المدرسية بفاعلية.

(1) Woody, R. (1969) Behaviour Problems Children in the Schools, Recognition, Diagnosis and Behaviour Modification, NewYork, Prentice Hall Inc .

(2) Shea , T. (1978) Teaching Children and Youth Behaviour Disorders, Saintlouis, V.C Mosby.

أما هويت وفورنس (Hewett and Forness) في السرطاوي والسالم[1] فيريان ان الطفل المضطرب سلوكيا هو طفل غير منتبه في الفصل، ومنسحب، وغير منسجم، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المعلم او المدرسة.

يظهر من خلال التعريف انه محدود التأثير في الطفل نفسه في حين يكون تأثيره قليلاً في الاقران اذا ما قورن بسلوكات العدوان، وهذا لا يعني ان نترك الحال كما هو عليه وإنما يكون من واجبنا كتربويين ان نتدخل لمعالجته والا قد تتسع وتتعمق .

وفي هذا السياق، فقد اشار هلهان وكوفمان [2] الى تعريف المضطرب انفعالياً وفقاً للانظمة والقوانين الفدرالية والمقترح من قبل باور (Bower) والذي يرى

1- إنّ هذا المصطلح هو الذي يظهر واحدة او اكثر من الخصائص الاتية التي تكون ملازمة للفرد لفترة طويلة والتي تؤثر سلباً في الانجاز الاكاديمي.

أ- قصور القدرة على التعلم والذي لا يرتبط بالعوامل الذهنية والحسية او الصحية.

ب- قصور القدرة على تحقيق علاقات طبيعية مع اقرانه ومعلميه.

جـ- انماط من السلوكات غير الملائمة (المقبولة) في الظروف الاعتيادية.

د- مزاج عام موصوف من التعاسة او الاكتئاب.

هـ- الميل لظهور أعراض جسمية او الخوف المرتبط بمشاكل شخصية ومدرسية.

(1) السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987) المعاقون اكاديميا وسلوكيا خصائصهم وأساليب تربيتهم، المملكة العربية السعودية، دار الكتاب للنشر.

(2) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 226-227 .

2- يتضمن التعريف الأفراد ذوي انفصام الشخصية (الشيزوفرينا) ولا يتضمن هذا المصطلح الافراد ذوي سوء التكيف الاجتماعي ما لم يكونوا محددين على انهم مضطربون انفعالياً.

أما التعريف الثاني لاتحاد الصحة العقلية القومية للتربية الخاصة فيعرف الاضطراب السلوكي والانفعالي هو

1- عدم القدرة التي تتصف بالاستجابات العاطفية والسلوكية في المدرسة غير المقبولة وغير الملائمة وفق معايير العمر والثقافة والعرق والتي تؤثر بشكل سلبي في الانجاز التربوي. ويتضمن الانجاز التربوي الجانب الاكاديمي والاجتماعي والمهني والمهارات الشخصية.

2- يمكن ان يتواجد مع إعاقات أخرى

3- يمكن ان تتضمن هذه الفئة الاطفال والكبار الذين يعانون من اضطرابات انفصام الشخصية، اضطراب القلق، الاضطراب العاطفي.

وفي تقديري ان الاضطرابات السلوكية والانفعالية تؤثر في طاقات الفرد وقدراته الحقيقية بحيث تعرقل استغلالها استغلالاً فعالاً لذلك قد يكون عرضة للفشل والاحباط والتي تؤثر بدورها في مفهوم الذات.

كما لابد من الاشارة الى انه لا توجد معايير مطلقة لتشخيص السلوك المضطرب وانما يتأثر بالمعايير البيئية إذ يعد السلوك غير مقبول بقدر انحرافه عن تلك المعايير، فلكل موقف اجتماعي سلوك متوقع، ويعد سلوكاً شائكاً اذا لم يتلاءم مع ذلك الموقف، كما يتأثر الحكم على السلوك بالعمر الزمني.

ولعلي اخاطر بالقول بأن الاضطراب السلوكي أبسط من الاضطراب الانفعالي من حيث النتائج المترتبة، والعلاج، والوصمة بالرغم من التقارب بينهما ويمكن ان يحدث كل منهما بشكل منفصل او يحدثا معاً. ولكن غالباً ما يقترن الاضطراب السلوكي بالاضطراب الانفعالي وليس بالضرورة ان يقترن الاضطراب الانفعالي بالاضطراب السلوكي وسبق أن اشرنا الى أيهما اكثر اقتراباً من المدرس.

نسبة انتشار الاضطرابات الانفعالية

غالباً ما أتردد في طرق موضوع نسبة الانتشار في هذه الفئة أو بقية الفئات، وكثير ما ذكرت ذلك في محاضراتي لان النسب لا تكون دقيقة تماماً، ولكن قلت في الفئات الاخرى انه قد تختلف النسبة وفقاً لشدة الاعاقة، والمقياس المستخدم، درجة تحضر وتمدن ذلك البلد أو احيانا داخل البلد الواحد حيث نجد ان هناك فارقاً بين البيئة الصناعية والبيئة الزراعية. اضافة الى عدم وجود تعريف دقيق مقبول لدى جميع المهتمين بهذه الاعاقة حيث ان الاعاقة الانفعالية لا يمكن تحديدها وفق الحجم او المساحة او الشكل.

كما أنه وفي ذات الوقت قد يكون هناك تفاوت في النسبة بين المضطربين سلوكياً والمضطربين انفعالياً ويمكن انه يكون المضطربون سلوكياً بشكل عام اكثر نسبة من المضطربين انفعالياً.

وقد يختلف الحال بالنسبة للجنس فالسلوك المضطرب كالعدوانية مثلاً اكثر ظهوراً عند الذكور منه عند الاناث اذ غالباً ما تشجع الأسر او الامهات بشكل خاص أبناءهم الذكور على السلوك العدواني، ولا يكون ذلك مشجعاً بالنسبة للبنات واذا اخذنا الاكتئاب الذي يمثل الاضطراب الانفعالي فهو اكثر ظهوراً عند الاناث منه عند الذكور.

وعلى اية حال، يشير هلهان وكوفمان [1] على أن 1% "من اطفال المدارس مشخصون على انهم مضطربون انفعاليا ويحتاجون الى التربية الخاصة" ولا تكون النسبة كذلك إذا كانت تتعلق بالكبار والصغار، كذلك يختلف الحال اذا كان الأمر متعلقاً بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية، والنسبة تزيد بالتأكيد اذا تعلق الأمر بالاضطرابات السلوكية.

---

(1) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 229 .

تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية

ليس سهلاً ان نجد تصنيفاً واحداً يكون مقبولاً لجميع المهتمين في هذا الحقل ما زالت الاضطرابات السلوكية والانفعالية انواعا متعددة منها البسيط والصعب ومنها ما يكون داخلياً لا يؤثر بشكل عام في الآخرين، وما هو خارجي كالعدوان الذي يؤثر في الاخرين، ومنه ما يحد من القدرات العقلية بدرجة اكبر من مشكلات اخرى، ويحد في ذات الوقت من طاقة الفرد.

كما إنه درجات متباينة فهناك اضطرابات سلوكية وانفعالية بسيطة، وهناك اضطرابات انفعالية متوسطة وشديدة، ولا يمكن ان يكون تأثيرها واحداً كما أنه أشكال مختلفة ويمكن ذكر كثير من السلوكات التي تدل على الاضطراب السلوكي والانفعالي سواء كانت ظاهرة او غير ظاهرة للعيان، وما يتعلق بالسلوكي بشكل خاص فمنه ما هو وسيلي او عدائي مباشر او غير مباشر، مادي وغير مادي. ويتأثر التعريف والتصنيف كذلك بتعدد الاختصاصات التي اهتمت في هذه الاضطرابات.

وعلى أية حال، فان التصنيف الطب النفسي للجمعية الامريكية من أقدم التصنيفات الذي ظهر في الستينيات ثم اعيد النظر اليه نتيجه للانتقادات التي وجهت اليه الذي أصبح يشتمل على الجوانب العقلية (التخلف العقلي) والانفعالية كالقلق والجسمية كاضطراب الحركة والسلوكية كاضطراب التصرف والنمائية كالتوحد.

ان هذا التصنيف قد يكون بعيداً في بعضه عن دور المدرس الذي يود ان يتعامل مع السلوك الواضح الظاهر وليس الخفي اذ يظهر هذا التصنيف كثير من السلوكات الخفية او تلك التي يصعب على المعلم التعامل معها.

اما تصنيف كوي Quay [1] الذي ظهر في السبعينات والذي يعتبر من أفضل الانظمة التصنيفية للاضطرابات الانفعالية والسلوكية، يتكون من أربعة أبعاد

1- اضطرابات التصرف (Conduct disorders) وتشتمل على المشاجرة، وعدم التعاون، عدم الطاعة، التخريب، واستخدام الفاظ نابئة.

2- اضطرابات الشخصية (Personality disorders) وتشتمل على القلق والخوف، البكاء باستمرار، الانسحاب، عدم الثقة بالنفس.

3- عدم النضج (Immaturity) ويشتمل على قصر مدة الانتباه، الكسل، ضعف التركيز، الفوضى، أحلام اليقظة.

4- الجنوح الصبياني (Social delinquency) ويشتمل على السرقة، التهرب من أداء الواجبات، الهروب من المدرسة.

ان هذا التصنيف يشكل معنى للمعلم، ويكون له دور أفضل من التصنيف الطب نفسي الأمريكي.

ان الاضطرابات السلوكية والانفعالية تختلف اختلافاً كبير في شدتها سواء كان ذلك سلوكاً خارجياً أو داخلياً، فالفرد ذو انفصام الشخصية يعاني من اضطراب شديد في التفكير إذ لا يستطيع ان يميز بين الحقيقة والخيال، وينتابه هلوسات، وهذاء، والانطواء والاستغراق في احلام اليقظة وغيرها، بينما العدوانية هو سلوك ظاهري، وهنا يمكن القول ثانية ان للمعلم دوراً في السلوك الظاهري الذي يمكن ان يتعامل معه وعلاجه، في حين من الصعب جداً على المعلم ان يتعامل مع حالات الفصام.

---

(1) Quay, H (1975) Classification in the treatment of delinquency and antisocial behaviour. In N. Hobbs (Eds) Issues in the Classification of Children. Vol. 1. Sanfrancisco Jossey-Bass .

معايير الحكم على السلوك من حيث كونه سوياً أو غير سوي:

بـــادئ ذي بدئ لابد من القول، إنه ليس سهلاً وصف السلوك إنه سوى أو غـــير ســـوي لأنها مسألة نسبية تخضع للزمان والمكان. فقد يكون سلوكاً ما غير سوى في الوقت الحاضر لكنه سوي عبر السنين السابقة، وقد يكون سلوكاً ما غير سوى في مجتمع ما، ولا يكون كذلك في مجتمع آخر فعلى سبيل المثال خجل البنت فـــي المجـــتمع الغربـــي يعد سلوكاً غير سوي بينما يكون سلوكاً سوياً ايجابياً في المجتمع الشرقي.

أما السلوك السوي فهو السلوك المعبر عن تكيف مناسب، ويكون فيه تفاعل بين الفرد ومحيطه وبين نفسه تفاعلاً مثمراً.

وهـــناك عـــدة معايير مستخدمة بهذا الشأن فيها مواطن ضعف ولا يمكن الاعـــتماد علـــى احدهـــا كلياً لتحديد السلوك هل هو سوي أو غير سوي ومن هذه المعايـــير: (جونستون وبنيباك Johnston and Pennypack, 1980) [1] (الرفاعي، 1987).

(أ) المعيار الاجتماعي:

وهـــو يعـــتمد على تحديد السلوك وفق معايير المجتمع من عرف وعادات وتقالـــيد وقـــيم، والسلوك الذي يوافق ذلك يعتبر سلوكاً سوياً، وما يتعارض وهذه الأعراف والتقاليد والقيم والعادات يعد سلوكاً غير سوي، أي ما يقبله المجتمع فهو سلوك سوي، وما يرفضه المجتمع فهو سلوك غير سوي.

ومـــن مواطن ضعف هذا المعيار أنه لا يكون ثابتاً وعاماً فهو يختلف من مجـــتمع إلى آخر، كما أن هذا المعيار يلغي فردية وشخصية الإنسان لأن يتصرف

---

(1) Johnston , J. M. and Pennypack, H. S. (1980) Strategies and Tactics of Human Behavioural Research. NewJersy: Hillsdale Lawerewace Erlbaum Associate Pub.

الرفاعي، نعيم (1987) دراسة سيكولوجية التكيف والصحة النفسية. دمشق: جامعة دمشق.

وفق رؤيته الخاصة، وعليه الامتثال لتقاليد المجتمع بغض النظر عن كونها صحيحة أو خاطئة.

(ب) المعيار الذاتي:

وهـــو الحكـــم على السلوك من خلال الذات، فما يشعره الفرد من رضا أو عدم رضا خلال سلوكه هو المعيار الذي يميز به السلوك السوي من غير السوي، فـــإذا كان الإنسان راضياً عن سلوكه يعتبره سلوكاً مقبولاً، أما إذا كان غير راض عن سلوكه فهو سلوك غير مقبول.

ومواطـــن الضـــعف فـــي هـــذا المعـــيار أنه يفتقر إلى الموضوعية، كما أنـــه لا يعطـــي وزنـــا للجانـــب الاجتماعي، ولا يمكن تعميم هذا المعيار، اضافة إلـــى أن الفـــرد قد يكون لديه سلوكات شاذة، ولكنه يعتبرها من وجهة نظره سوية تماماً.

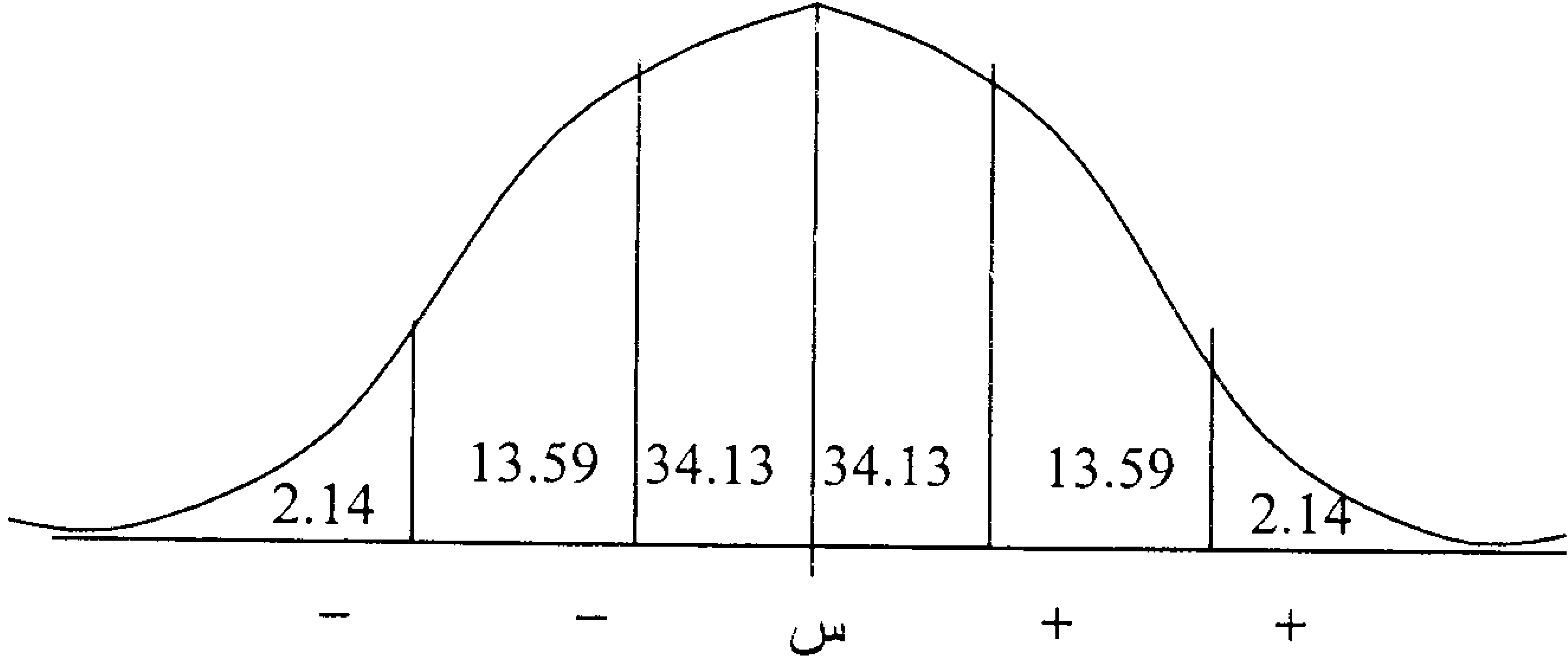
(ج) المعيار النفسي الموضوعي:

إن الســـلوك وفـــق هـــذا المعيار له مظهر وظيفي فلابد لكل سلوك وظيفة يؤديها، و غرض يرمي إليه، لذلك وصف أي سلوك أنه غرضي، فإذا حدث اختلال او اضطراب في هذه الوظيفة وصف السلوك بأنه سلوك غير سوي. أما إذا استطاع ان يـــؤدي السلوك الوظيفة المنشودة والغرض المطلوب دون خلل واضطراب قيل أن هذا السلوك سوي.

(د) المعيار الاحصائي:

ويعـــتمد هـــذا المعيار على فكرة التوزيع الطبيعي للسلوك الانساني السوي وغـــير السوي كما يوزع الذكاء وفق التوزيع الطبيعي، والسلوك الذي ينحرف عن المتوسط الحسابي (لما يفعله اغلبية الناس) يعد سلوكاً غير سوي.

شكل (12)
يمثل التوزيع الطبيعي للسلوك



حيث نلاحظ من خلال هذا الشكل ان 68% من الافراد يقعون في الوسط. والسلوك السوي حسب هذا المعيار هو الذي يقع في الوسط.اما السلوك الذي يكون حدوثـه نادرا، فينظر اليه على انه سلوك غير سوي. والانتقاد الذي يوجه الى هذا المعـيار هو انه بغض النظر عن طبيعة السلوك فهو يعد سلوكاً سوياً أو طبيعياً اذا كـان شـائعاً احصائياً، ويعد سلوكاً غير طبيعي وغير سوي اذا كان حدوثه نادراً احصـائياً أو أكـثر بكثير مما هو متوقع. وبالرغم من اختلاف وجهات النظر الى السلوك غير السوي، فإن النظرة الشمولية تتطلب الحكم على السلوك السوي أو غير السوي من خلال هذه المعايير مجتمعة، لا أن يعتمد على معيار واحد. وبالتالي فإن الـنظرة المتكاملة تقترب كثيراً من الوصف الاجتماعي لمعنى السلوك غير السوي فـي اطار الفروق الفردية والنظرة السليمة للسلوك في ضوء متغيرات فسيولوجية واجتماعـية وثقافـية ونفسية. وفي تحديد المشكلات السلوكية لابد من وجود محك لتحديد الأطفال الذين يعانون من مشكلات ومن هذه المحكات:

- انحـراف السـلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً واختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات والعمر والجنس.

- تكـــرار السلوك وهو عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية معينة حيث يعد السلوك غير سوي اذا تكرر حدوثه بشكل غير طبيعي في فترة زمنية معينة.
- مدة حدوث السلوك حيث تكون بعض اشكال السلوك غير عادية، لان مدة حدوثها قد تستمر فترة أطول بكثير أو أقل بكثير مما هو متوقع.
- طبوغرافية السلوك: وهو الشكل الذي يأخذه الجسم عندما يقوم الانسان بالسلوك.
- أما المحك الآخر شدة السلوك حيث يكون السلوك غير عادي إذا كانت شدته غير عادية، فالسلوك قد يكون قوياً جداً أو ضعيفاً وفق الزمان والمكان.

ويذكـــر دافـــيدوف (1992، ص 658) في هذا الصدد محكات بشكل آخر والتي غالباً ما تحدد السلوك غير السوي:

1- قصـــور النشـــاط المعرفي: فحينما تحدث اعاقة للقدرات كالاستدلال والإدراك والانتـــباه والحكم والتذكر والاتصال، وتكون هذه الاعاقة الشديدة يمكن وصف السلوك بأنه غير سوي.
2- قصور التحكم الذاتي: ليس للأفراد مقدرة كاملة للتحكم المطلق في سلوكهم، إلا أن الـــبعض يمارس تحكماً ولو بسيطاً في سلوكه "فإن الانعدام التام للتحكم في السلوك يوصف عادة بأنه سلوك غير سوي".
3- قصـــور السلوك الاجتماعي: لكل مجتمع مجموعة من التقاليد الاجتماعية التي تـــنظم السلوك، وحينما ينحرف السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد فمن المحتمل أن يطلق عليه سلوك "غير سوي".
4- الضيق الشديد: إن مشاعر الآسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والخوف كلها انفعالات سوية وحتمية، ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة تؤدي إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة يعتقد أنها "غير سوية".

يلاحظ من خلال النقاط السابقة، إن التفريق بين السلوك السوي غير السوي يعـــتمد بشـــكل أساسي على درجة الاضطراب فقط، وقد لا يكون مقبولاً تماماً، بل

يفترض أن ينظر إلى الملامح النوعية إضافة إلى الملامح الكمية في تحديد السلوك هل هو سوي أو غير سوي.

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

سبق أن أشرنا في التعريف والتصنيف الى أن اسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية عديدة لكنها ليست بدرجة واحدة في التأثير فمنها البسيط والمتوسط والشديد تبعاً للأسباب التي أدت الى ذلك. أما الأسباب التي تؤدي الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية فيمكن تقسيمها الى ما يلي :

العوامل البيولوجية Biological factors

لقد اشارت الدراسات في هذا الجانب الى وجود علاقة بين العوامل الجينية والعصبية والبيوكيميائية والاضطرابات السلوكية والانفعالية، وقد تكون هذه العوامل مجتمعة لتؤدي الى الاضطراب السلوكي والانفعالي.

فمثلا يشير زهران [1] الى ما توصل اليه كالمان (Kallman) في ان عاملاً وراثياً متنحيا يرثه الفرد يهيئة للفصام، وهذا يعني وفقاً لذلك ان الفصام لا يورث وانما يهيئ للفصام. وقد يوجد علاقة بين مزاج او طبع الفرد الذي يرثه والاضطرابات السلوكية والانفعالية، فهناك من يكون سهل الطباع، ومن يكون صعب الطباع.

ويشير هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [2] الى انه غالباً ما توجد اشارات بين العلاقة بين الخلل العصبي وحالات الفصام.

وقد تكون هناك علاقة بين عوامل ما قبل الولادة والاضطرابات السلوكية والانفعالية كوضع الام النفسي خلال فترة طويلة، سوء التغذية، تناول الكحول

(1) زهران حامد (1977) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2 . القاهرة: عالم الكتب، ص 452 .

(2) هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) مصدر سابق .

والمخدرات التي ذكرت في كل الاعاقات، وقد تسهم كذلك في حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

العوامل البيئية

ان للعوامل البيئية اثراً كبيراً في الاضطرابات السلوكية والانفعالية وخاصة الاسرية وقد أشرنا في مكان آخر الى ان الاضطرابات الانفعالية قد تكون هي نتاج العلاقة السلبية بين الام وطفلها . وعلى اية حال فالاسرة لها الأثر الكبير في تنشئة الطفل وخاصة في سنواته الاولى ومن المتغيرات المتعلقة بالاسرة ما يلي:

أ- **أساليب المعاملة الوالدية**: إن لاساليب المعاملة الوالدية أثراً كبيراً في سلوك أبنائهم، إذ هي تشكل المناخ الاسري الذي يعد العنصر الأساسي في تكوين شخصية الطفل. فالمعاملة التي تتسم بالتدليل والحماية الزائدة تؤدي احياناً الى العصيان، ونوبات الغضب، وكثرة المطالب، ومحاولة السيطرة على الآخرين، وعدم الشعور بالمسؤولية والاتكالية. أما الاطفال الذين تتسم معاملتهم بالتسلط فهم اكثر طاعة واذعانا للسلطة، وعدم الشعور بالامن، وجبناء مع أقرانهم.

وهناك أسلوب التذبذب الذي يتصف بعدم إتباع منهجية ثابتة ، وقد يخلق القلق والخوف عند الأطفال إذ يستخدم أسلوب العقاب والثواب بشكل عشوائي بعيداً عن العلمية والموضوعية فقد لا يعرف الآباء متى يكافأ الطفل حقيقة؟ ومتى يعاقب؟ مما يجعله في حيرة وقلق من أمره مما قد يتسبب في خلق شخصية غير مستقرة.

كما قد يكون هناك أسلوب التفرقة التي تتسم بعدم المساواة بين الأبناء نتيجة لأسباب مختلفة كالجنس، أو العمر الزمني، أو الترتيب الميلادي، أو الصحة، أو الشكل الخلقي ولها تأثيرها في بناء الشخصية سواء كان ذلك من الاب أو الام او كليهما. وهذا الاتجاه يعزز في النفوس الحقد والرفض الذي قد يعبر عنه بسلوكات عدوانية موجهة نحو الذات أو نحو الاخرين بأساليب متعددة.

ب- حجــم الاسرة: ان عدد أفراد الأسرة يؤثر في أساليب الرعاية الوالدية المقدمة للأبــناء إذ تشير الدراسات كما ذكر المصدر السابق ان معظم الأطفال المضطربين سلوكياً يأتون من أسر ذات أعداد كبيرة.

جــــ- الترتيب الميلادي للطفل: وهو من العوامل التي تؤثر في سلوك الفرد إذ ان البيئات النفسية للابناء ليست واحدة بالرغم من أنهم يشتركون بمتغيرات واحدة فمثلا الطفل الأول يعطي الرعاية والعناية والاهتمام والاخير مدلل من الجميع الأمر الذي يجعــل الترتيــب الــرابع او الخامس يشعر بالاهمال مما قد ينفس عنه بشكل من الســلوك العدوانـــي او العناد وما شاكل ذلك، أو قد يثبت موجودية خلال استغلال طاقاته وقدراته الى اقصاها للتميز.

د- حــوادث الفراق والخلاف الابوي: وهي من العوامل التي تفرز بظلالها السلبي في نفسية الأطفال وخاصة في السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل إذ ان هناك علاقـــة بين غياب الاب والام او كلاهما والمشاكل السلوكية، وكذلك الحال بالنسبة للخلاف الابوي. فعندما يفشل الآباء في إشباع حاجاتهم النفسية كل منهما نحو الاخر فانهما يجدان الراحة في تفريغ انفعالاتهما نحو ابنائهم.

و- المــرض الابــوي: إذ ان هــناك علاقـــة بين الحالة الصحية للآباء والمشاكل السلوكية والانفعالية للأطفال.

2- المدرسة:

ان للمدرســة دوراً فـــي جعــل المتعلم متكيفاً او غير متكيف. والمعلم هو القطــب الفاعل في جعل المتعلم محباً للدراسة او كارهاً لها وذلك من خلال الطرق والأســاليب والفنــيات والوسائل المستخدمة. كما للآباء أساليب فللمعلمين أساليبهم فهــناك الاسلوب الاستبدادي الذي يكون فيه المعلم الآمر الناهي مستخدماً الأساليب القسرية بأنواعها، والأسلوب المتهاون الذي يفتقد الحل والربط حيث تسود الفوضى وتــنعدم الضــوابط والاسلوب المتذبذب الذي تسوده الشدة واللين بعيداً عن العلمية والموضوعية.

كمـــا أن للمنهج الدراسي أثره في تكيف المتعلم، فهناك المنهج الذي يراعي رغــبات ومــيول المتعلمين، أي يتمحور المنهج حول المتعلم بينما هناك آخر غير مبال بميول ورغبات المتعلمين وعلى المتعلم ان يتمحور حوله.

والجو المدرسي وسياسة المدرسة، وحجمها، احادية او مختلطة، حكومية أو خاصــة، الصفوف وما يتوفر فيها من ماديات كلها عوامل لها تأثيرها في تكيف او عدم تكيف المتعلم.

العوامل الثقافية :

ان للــثقافة التــي ينشــأ فيها الفرد أثراً في التطور الانفعالي والاجتماعي والســلوكي بمــا فيها من قيم ومعايير سلوكية، ومطالب ومحرمات، ودور وسائل الاعلام المختلفة في تشجيع العنف، الخمور والمخدرات، الاقران وتأثيرهم.

كمــا ان كل طبقة اجتماعية تشكل بعض القيم والتقاليد والثقافة الخاصة بها وهي تلعب دوراً هاماً في تشكيل وتحديد أساليب المعاملة الوالدية وأساليب أفرادها فــي تنشئة الأطفال وفق قيم الثقافة التي تتسم بها الطبقة. ان التباين القيمي المتأتي مــن الانــتماء الطبقــي يشكل اختلافاً في الرؤية، وكل منهما يعد أبناؤه لممارسة أوضاع اجتماعية وطبقية مماثلة.

وقد توصل روتر وكوينتون (Rutter and Quinton) [1] الى ان هناك علاقة وثيقة بين الطبقة الاجتماعية ومشاكل السلوك. ويقول الباحثان ان 45% من الأطفال الذين يتميزون باضطرابات نفسية يأتون من أسر يكون الاب فيها عاملاً غير ماهر او شبه ماهر.

ان عــدم الكفايــة الماديــة والثقافية لها الأثر الكبير في عدم توفر الفرص والظــروف الطبيعــية للتطور والنمو كما تتطلبها التربية الحديثة حيث ان الأسرة

(1) Rutter, M. and Quinton, D. (1976) Psychiatric disorders ecological factors and concepts of causation. In, H. M. McGurk, Ecological Factors In Human Development, Amsterdam. Applied Holland Publishing Company.

الفقــيرة لا تستطيع تأمين الحاجات الأساسية من اجل نمو اطفالهم نمواً سليماً. فهي مثلا لا تستطيع توفير الالعاب الضرورية للطفل والتي تعتبر بشهادة جميع المربين أفضــل وســيلة للــتعلم. فاحتمالية وجود مسببات لفشل الطفل الفقير الحال عالية. والجمــيع يدرك ما للفشل والاحباط من تأثير سلبي في نفسية الطفل والتي قد تدفعه في كثير من الأحيان الى سلوكات خاطئة غير صحيحة.

وقــد يخــتلف مــن جانب آخر التعامل مع الطفل وفق ثقافة المجتمع. ففي ثقافتنا نجد وبشكل عام الى ان هناك بعض التفرقة في التعامل وفق متغير الجنس، فيميل الآباء بشكل عام الى الاولاد اكثر من الاناث لاسباب تفرزها ثقافتنا، وقد يقل ذلك في المجتمع الغربي.

كما ان العرف الاجتماعي يشجع السلوك العدواني عند الذكور ولا يستحسنه عند الاناث حيث يلاقي الذكور التشجيع من امهاتهم للمقاتلة، والتعبير عن العدوان ضــد الاطفــال الاخريــن بيــنما لا يلقى العدوان الصريح للبنات تشجيعاً من قبل الأمهــات [1] والاســاءة للاطفــال ترتبط بشكل رئيسي بثقافة المجتمع والتي تسهم اسهاماً كبيراً في الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية

ان الــتعرف علــى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ليست على درجة واحدة من السهولة والصعوبة، وانما هي مختلفة فمنها ما هو اكثر وضوحاً من الاخرى.

ان الاضــطرابات الســلوكية (مــثل اضطرابات التصرف) اكثر وضوحاً وتشخيصــاً بشــكل عــام من الاضطرابات الانفعالية لانها خارجية وموجهة الى الآخرين، بينما هناك ما تكون موجهة نحو الذات كالقلق والاكتئاب.

---

(1) موسى،رشــاد علــى عــبد العزيــز (1991) سيكولوجية الفروق بين الجنسين. القاهرة: مؤسسة مختار للنشر والتوزيع، ص 27 .

ان للآبـــاء والمعلميـــن دوراً كبـــيراً في عملية التعرف على الاضطراب السلوكي والانفعالي، ولكنهما يختلفان بالكفاءة ففي اغلب الأحيان يكون تقدير المعلم اكـــثر خصوصية من تقدير الآباء لانهم لهم الخبرة التخصصية في معرفة السلوك المـــتلائم مـــن غـــير المـــتلائم اولا، ولانهم يتعاملون مع اطفال آخرين وبالتالي يستطيعون المقارنة بين الطفل واقرانه. ولكن قد تكون خبرة الاباء عن ابنائهم اكثر من المعلمين لانهم يعرفون التطور التاريخي للطفل وكل السلوكات التي تحدث في البيـــت اذ ان الفترة التي يقضيها الطفل في البيت اكثر من الفترة التي يقضيها في المدرســـة. لذلـــك قلنا ونقول ضرورة تلاقي الآباء والمعلمين ومد الجسور بينهما لتحقـــيق الاهـــداف المـــرجوه فضلا عن ان الاباء هم احد اعضاء فريق العمل في التربية الخاصة .

وقـــد تـــتأثر عملية التعرف والكشف في العمر الزمني للطفل إذ كلما كبر الطفل اتضحت معالمه، أي ان الفروق الفردية تتضح كلما تقدم الطفل بالعمر سواء الاضـــطرابات الســـلوكية والانفعالية او المتغيرات الاخرى الايجابية والسلبية، كما تـــتأثر عملية التعرف والكشف بمدى كفاءة المعلم وحساسيته إذ ان هناك فروقاً بين المعلمين.

وجديـــر بالذكـــر ان الاضطرابات السلوكية والانفعالية قد تحدث في مكان دون آخـــر، او قـــد تختلف شدته وفق المكان والزمان، فقد يحدث ان يكون الطفل مشـــكلاً ســـلوكياً فـــي البيت لكنه غير ذلك في المدرسة، وقد يكون العكس كما قد تخـــتلف شـــدة الســـلوك غير السوي في وقت من اليوم كأن يكون في الظهيرة أو الصباح.

ان تقدير الآباء والمعلمين تعد من المحكات غير الرسمية للتعرف والكشف عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وقـــد اشار هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [1] في هذا الصدد الـــى أن تقديـــر المعلمين غير الرسمي عدت الى حد ما كوسيلة تتسم بانها صالحة وموثوقة للكشف عن المشاكل السلوكية والانفعالية مقارنة مع تقدير الاختصاصيين النفســـانيين والاطـــباء النفســـانيين. ان التعرف والكشف بمحكات رسمية لغرض التخطيط التربوي ليس بالأمر السهل لما ينطوي عليه من صعوبات قد ترتبط بشكل أساسي بتعريفات الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وقـــد أشار المصدر السابق ان والكر وزملاءه (Walker and Colleagues) ابتكروا نظام للكشف معتمداً على الافتراض السابق الذي يقول ان تقديرات المعلمين صـــالحة وفاعلـــة، يستخدم في التعرف والكشف عن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً في المدرسة الابتدائية.

لقد استخدم والكر وزملاءه ثلاث خطوات عملية لهذا الغرض

1- قوائـــم المعلمين ورتب المتعلمين ذوي المشاكل الداخلية والخارجية مع افضل الاوصاف المناسبة للمشاكل الخارجية والداخلية للمتعلمين متدرجة بشكل مرتب من الاكثر تشابها الى الاقل تشابهاً.

2- يكمـــل المعلمـــون استمارتين للرصد لأعلى ثلاثة رتب للمتعلم على كل قائمة. القائمـــة الاولـــى تسأل المعلم ليؤشر فيما اذا اظهر كل متعلم سلوكات خاصة خـــلال الشهر الماضي (كالسرقة، سورات الغضب استخدام لغة بذئية، السب، الشـــتم) والاســـتمارة الاخرى تتطلب من المعلم ان يقدر كم مرة (ابداً، احيانا، غالبا) أظهر خصائص معينة مثل اتباع التعليمات الصفية، التعاون مع اقرانه في الانشطة الجماعية والمواقف.

(1) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 236 .

3- يلاحـظ المـتعلمون، الذيـن يظهـرون سجلاً يفوق المعايير الاعتيادية على استمارتي الرصـد، فـي الصـف وفناء المدرسة عن طريق مهنيين اخرين كالاخصائي النفسي، المرشد، معلم غرفة المصادر) .

تؤشـر المراقـبة الصفية الى أي مدى يفي المتعلم بتوقعات الأداء الاكاديمي، اما المراقبة في فناء المدرسة فيقيم نوعية وطبيعة السلوك الاجتماعي.

تسـتخدم هـذه الملاحظـة المباشـرة وتقديرات المعلمين لتقرير فيما اذا كان لدى المتعلمين مشاكل تستحق لتحويلة للتربية الخاصة.

ان هذا النظام الكشفي يمكن ان يساعد في تحسين الخدمات المقدمة للمتعلمين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وفي بحث قام به الكاتب [1] لمعالجة السلوك العدواني للمتعلمين اعتمد في تشخيص السلوك العدواني

أ- مرشده الصف (مربي الصف او قائد الصف)

ب- معلمات الفصل

جـ- الاقران

د- البطاقة المدرسية

هـ- إدارة المدرسة

و- الزيارات الميدانية للباحث وملاحظاته التشخيصية للسلوك.

ومن المقاييس المقننة التي استخدمت في قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية

- مقياس بيركس لتقدير السلوك Burks Behavior Rating Scale

- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف العقلي Adaptive Behaviour Scale

- مقياس الشخصية لايزيك Eysenek Personality Inventory

(1) الظاهـر، قحطان احمد (2000) تأثير أساليب تعديل السلوك في معالجة السلوك العدواني ، ليبيا: الهيئة القومية للبحث العلمي، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية ، السنة السادسة، العدد السادس.

- مقياس رورشاخ والمعروف بمقياس بقع الحبر وهو من الاختبارات الاسقاطية Rorshach Spot of Ink Scale

- اختبار تفهم الذات للكبار Thematic Apperception Test

- اختبار تفهم الموضوع للاطفال Children Apperception Test

وقد استخدمت طريقة في فرنسا تسمى العلاج من خلال البيئة (Milieu theory) وذلك بوضع المريض في بيئة متعاونة لكي يقوم المريض بأنشطته العادية حيث تكون البيئة داعمة من خلال تعاون الجميع لانجاح معالجته.

ومن المقاييس التي استخدمت لقياس المشاكل السلوكية قائمة الشطب لكوي وبيترسون Quay and Peterson التي تقيس الابعاد الاربعة الاتية وهي:

1- الاضطرابات السلوكية مثل عدم التعاون، التخريب، العدوان.

2- اضطرابات الشخصية مثل القلق، الخوف، عدم الثقة بالنفس، الانسحاب.

3- عدم النضج مثل ضعف التركيز، الفوضى، احلام اليقظة .

4- الانماط الثقافية والاجتماعية (Lazarus and Strichart) (1)

أما مقياس بيركس لتقدير السلوك (Burks Behaviour Rating) (2) فهو من المقاييس المشهورة لقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي صممه بيركس (Burks) (1975-1980) ويصلح من اعمار ست سنوات فما بعد يتألف المقياس من (110) فقرات موزعة على (19) مقياساً فرعياً وهي

1- الافراط في لوم الذات Excessive self Blame (5 فقرات)

2- الافراط في القلق Excessive Anxiety (5 فقرات)

3- الانسحابية الزائدة Excessive Withdrawal (6 فقرات)

4- الاعتمادية الزائدة Excessive Dependency (6 فقرات)

---

(1) Lazarus, P. and Strichart, S . (1986) Psychoeducational Evaluation of Children and Adolescent with Low Incidence Handicaps. Orlando, NewYork. Incidence Handicaps : Gurne and Straton. Inc.

(2) الروسان، فاروق (1999) مصدر سابق، ص 350-357 .

5- ضعف قوة الانا Poor Ego Strength (7 فقرات)

6- ضعف القوة الجسمية Poor Physical strength (5 فقرات)

7- ضعف التآزر الحسي الحركي Poor Coordination (5 فقرات)

8- تدني القدرة العقلية Poor Intelluallity

9- تدني التحصيل الدراسي Poor Academic Achievement (5 فقرات)

10- ضعف الانتباه Poor Attention (5 فقرات)

11- ضعف القدرة على ضبط الاستجابات Poor Impluse Control (5 فقرات)

12- ضعف الاتصال مع الواقع Poor Reality contact (8 فقرات)

13- ضعف الاحساس بالهوية Poor Sense Identity (7 فقرات)

14- المعاناة المبالغ فيها Excessive Suffering (7 فقرات)

15- صعوبة ضبط الغضب Poor Anger Control (5 فقرات)

16- الاحساس بالظلم المبالغ فيه Excessive persecution (5 فقرات)

17- العدوانية المبالغ فيها Excessive aggressiveness (6 فقرات)

18- العناء المبالغ فيه Excessive Resistance (5 فقرات)

19- صعوبة الانضباط الاجتماعي Poor Social conformity (8 فقرات)

خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا

ليس سهلاً ان تغطي الخصائص النفسية والسلوكية التفصيلية للمضطربين انفعالياً وسلوكياً لانها تختلف بشكل كبير جداً وخاصة بالذكاء والتحصيل الدراسي، وظروف الحياة والخصائص السلوكية والانفعالية. ويمكن ان نستعرض اهم خصائص المضطربين انفعاليا وسلوكيا.

1- الذكاء

يشـــير الاعـــتقاد الخاطـــئ كمـــا يذكره هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [1] إلـــى ان الأطفال المضطربين انفعاليا عادة لامعون. وقد يصح أن تكـــون نســـبة قليلة منهم ذات ذكاء أعلى من المتوسط. والحقيقة ان معظم الأطفال ذوي الاضـــطراب البســـيط والمتوســـط لديهـــم ذكـــاء حوالي 90° . أما الأطفال المضطربون انفعالياً اضطراباً شديداً أو عميقاً والذين يمكن اختبارهم فان سجلاتهم تكون في خانة المعاقين عقلياً أي حوالي 50° .

وعلـــى أية حال فقد اظهرت الدراسات وجود علاقة بين الذكاء والتكيف حيث يؤثر الذكاء في تكيف الفرد النفسي والاجتماعي، وربما يكون عاملاً في تكوين أعراض الاضطرابات السلوكية. [2]

وارى أن مشـــاكل الســـلوك لا تقتصـــر على الذكاء المنخفض فحسب وانما الذكاء العالـــي كذلك. فالذكاء المنخفض قد يجعل الفرد من ان يكون بطيئ التعلم، كما ان الـــناس يطالـــبونه بأشـــياء قد تكون فوق طاقته، كما أنه قد لا يستطيع ادراك قيمة الحدود أو القواعد التي تفرض عليه من ناحية النظام والسلوك والترتيب.

وقد يتعرض الى فشل واحباط مما يجعله يشعر بخيبة الامل والقلق والسلبية الشـــديدة. اما الفرد المتميز بالذكاء العالي فقد يكون عرضه لعدم التوافق، إذ يتميز بســـمات شخصـــية كالاســـتقلالية، والميل الى المبادأة، والتفكير الناقد والابداعي، والحساســـية المـــرهفة، وعدم الخضوع، وحب الاستطلاع، والفضول العلمي، وقد تصطدم هذه السمات بأساليب والدية غير سوية في البيت، كما يحدث عدم تقبل من قبل المعلمين في المدرسة مما يترتب على ذلك عدم التوافق.

---

(1) هلهان وكوفمان (2003) مصدر سابق، ص 223 .

(2) Upton. G. (1983) Education Children of Behaviour Problems. Cardiff: faculty of Education. University College Cardiff .

كما ان الفرد ذا الذكاء العالي له حاجاته النفسية الأساسية التي يلزم اشباعها كالحاجة الى التعبير عن الذات، والحاجة الى الشعور بالأمن وعدم التهديد، والحاجة إلـــى المـــؤازرة، والـــى التقبل، والى الفهم والتقدير ولا سيما مع احساسه المتزايد باخـــتلافه عـــن غـــيره من الاقران (كالاشقاء والاقارب والرفاق) سواء من حيث اهتماماته وافكاره أو من حيث اداؤه السلوكي، وما قد يترتب على ذلك من مشاعر القلق والتوتر والنزوع الى العزلة والانسحاب.

التحصيل الاكاديمي

ان العلاقة وثيقة بين مشاكل السلوك والتحصيل الاكاديمي، وكل منهم يؤثر في الآخر، فعندما يكون المتعلم مشكلاً سلوكياً ومضطرباً فانه غالبا ما يكون منشغلا عـــن الدرس، وقد يعيش بعضهم مع نفسه، او سارحا في احلام اليقظة الامر الذي يلاقـــي موقفاً سلبياً من المعلم مما يؤثر في تحصيله الاكاديمي، وقد تكون المشاكل الســـلوكية نتيجة لعدم التحصيل لأسباب تتعلق بالتلميذ نفسه، او المعلم أو الظروف البيئـــية ممـــا تجعـــل المتعلم يشعر بعدم الارتياح، وقد يعبر عن ذلك بسلوك غير مقبول.

سامسون (Sampson) [(1)] استعرض (44) دراسة اجريت خلال خمسين سنة أكدت جميعها العلاقة بين الفشل في القراءة والمشاكل السلوكية.

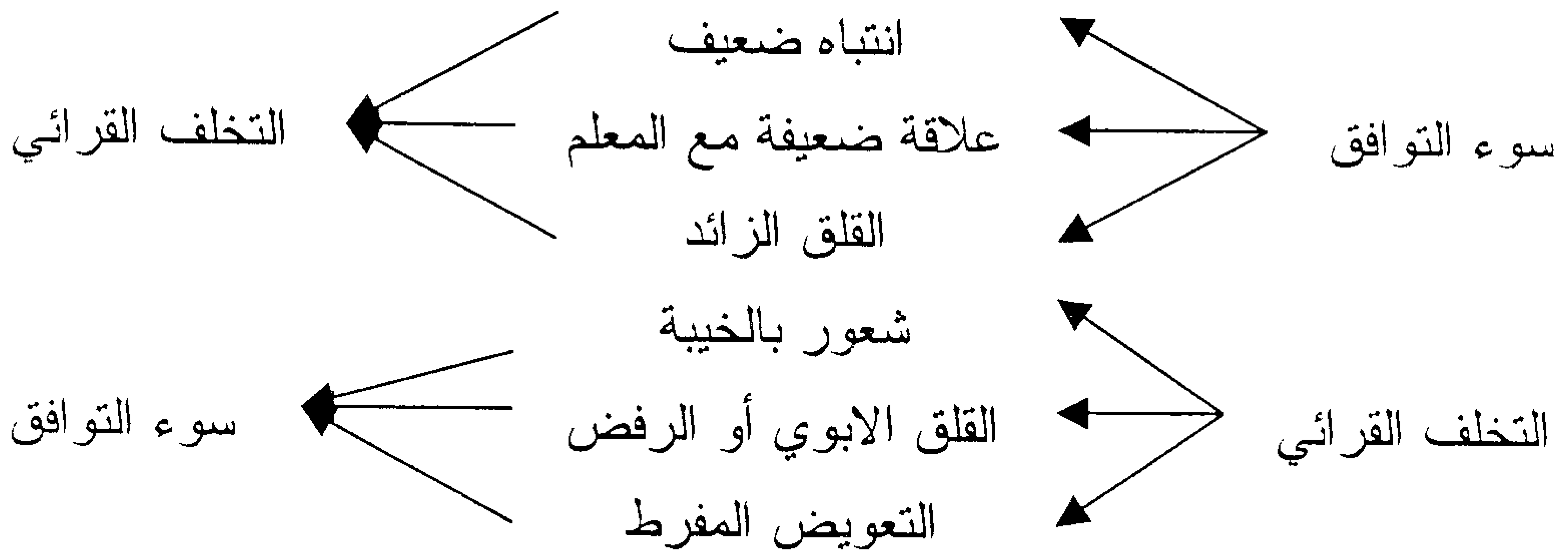
وقـــد توصل ديفي وآخرون Davie and Others [(2)] الى ان هناك علاقة بين القدرة القرائية والتكيف حيث رأى ان اربعة من عشرة متخلفين في القراءة كانوا يتميزون بمشاكل سلوكية مقارنة الى واحد من عشرة لفئات أخرى.

(1) Sampson, O.C. (1966) Reading and adjustment: A review of literature. Educational Research. 8, pp. 184-190 .

(2) Davie, R. Rutter. N and Goldstein. H. (1972) From Birth to Seven. London: Longman.

ان العلاقة بين المشاكل السلوكية والتحصيل الاكاديمي جعل النقاش دائراً في أيهما يسبب الآخر. هل التأخر الاكاديمي يسبب المشاكل السلوكية أو المشاكل السلوكية تسبب التأخر الاكاديمي.

وقد وضح ديفي وأقرانه Davie and Others ذلك من خلال ما يأتي :



وقد اشار كوفمان (Kauffman) [1] الى ان معظم المضطربين سلوكيا وانفعاليا كان تحصيلهم اقل من الفرد الاعتيادي خلال الاختبارات المقننة، وكانت انجازاتهم اقل من المتوقع بما يتناسب مع اعمارهم العقلية. اما المضطربون اضطرابا شديداً فكان قصورهم واضحا في المهارات القرائية والمهارات الحسابية. والقليل منهم يعرف هذه المهارات القرائية والحسابية لكنهم لا يستطيعون وضعها موضع التطبيق في الحياة العملية. وفيما يلي أشهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

العدوان [2]

وهو من اضطرابات السلوك الخارجية الأكثر شيوعاً من اضطرابات التصرف وهو ليس شكلاً واحداً او مظهر محدداً وانما هو أشكال ومظاهر كثيرة ومتنوعة. ان هذا المصطلح استخدم من قبل كثير من الاختصاصيين كعلماء النفس

---

(1) Kauffman, T. M. (2001) Characteristics of Emotional and Behavioural Disorders in Children and Youth (7th ed) Upper Saddle River, NJ. Merril Prentice-Hall.

(2) للمزيد انظر الظاهر، قحطان احمد (2003) مصدر سابق، ص 115-132 .

والأطباء النفسيين والاختصاصي الاجتماعي واختصاصي التربية. ومن الصعب ان نجد حداً فاصلاً بين صور العدوان.

فمن معايير السواء ان يمتلك الفرد قدراً من الميل للعدوان بما يكفيه لمواجهة مشكلات بيئية، والتغلب على عقباتها، وعدم الركون الى اليأس والخنوع او الشعور بالاحباط المعوق امام تحدياتها لكنه من غير الملائم ان يزيد هذا القدر لدرجة تعوق نجاحه لأن يكون متكيفا اجتماعيا، وما يعكسه ذلك على توافقه النفسي .

يرى كود وماركيل (Good and Markel) [1] بأن العدوان هو خصومه، عداء، تنافر، قضاء، حقد، واتجاه معاد مفرط الى جنون الاضطهاد أو الشعور الاضطهادي التخيلي، كما انه سمة شخصية يمكن التعرف عليها لدى الأطفال غير المتوافقين اجتماعيا.

اما بندورا (Bandura) [2] فيعتقد ان العدوان المستهدف يهدف الى احداث نتائج تخريبية، او مكروهة، او الى السيطرة من خلال القوة الجسدية او اللفظية على الآخرين.

وهناك عدة تصنيفات استخدمت للعدوان نذكر تصنيف الظاهر [3] للعدوان وهو:

1- عدوان وسيلي لفظي مباشر: وهو عدوان غير بدني لغرض الحصول على شيء ما ولا يقصد به إيذاء الغير، ويكون العدوان وجها لوجه (او يحدث في موقف تفاعلي).
2- عدوان وسيلي لفظي غير مباشر: كأن يذيع اخبار سيئة من غير علم الشخص لمنعه من الحصول على مركز او وظيفة يرغب فيها المعتدي.

---

(1) Good , C.V and Markel , W. R . (1973) Dictionary of Education. Third Edition, NewYork: McGraw Hill.

(2) Bandura, A. (1973) Aggression : Asocial Learning Analysis. N.Y: Prentice Hall.

(3) الظاهر، قحطان احمد (2003) مصدر سابق.

3- عدوان وسيلي مادي مباشر: وهو العدوان الجسدي او على الممتلكات من أجل تحقيق أسباب مادية.

4- عدوان وسيلي مادي غير مباشر: وهو الاعتداء على الغير بدنيا أو على الممتلكات من خلال شخص آخر لغرض منع المعتدى عليه من الحصول على شيء يبغيه المعتدي.

5- عدوان عدائي لفظي مباشر: وهو استخدام الفاظ مؤلمة لغرض ارضاء دافع داخلي متأتٍ من أسباب قد تكون وراثية أو بيئية.

6- عدوان عدائي لفظي غير مباشر: مثل استخدام إشاعات مغرضة للحط من الاخرين ارضاء للذات.

7- عدوان عدائي مادي مباشر: الاعتداء على الآخرين سواء كان بدنيا او على الممتلكات لغرض العدوان والشعور بالنشوة .

8- عدوان عدائي مادي غير مباشر: الاعتداء على الآخرين بدنياً أو على الممتلكات من خلال وسيط أو بدون وجود المعتدي عليه اذا كان الاعتداء على الممتلكات.

ولابد من الاشارة الى ان هناك تفاوتاً كبيراً بين العدوان الوسيلي والعدوان العدائي من حيث النوع والكم إذ ان العدوان الوسيلي اكثر بكثير من العدوان العدائي، كما انه في الغالب اخف وطأة من العدوان العدائي.

وقد فسر العدوان وفق النظرية البيولوجية على انه سلوك فطري او له علاقة باضطرابات الجهاز الغدي.

أما نظرية التحليل النفسي لفرويد فقد أكد على أن هناك علاقة بين الغريزة الجنسية والعدوان وخاصة في المراحل المبكرة للطفولة حيث يقول ان جميع صور العدوان ذات مصدر جنسي موجه نحو السيطرة على دفعات الجنس. وهناك نظرية الاحباط المؤدي إلى العدوان ويعد على انه استجابات طبيعية للاحباط والفشل الذي يتعرض له الفرد. لذلك نوصي الآباء والمعلمين ان يجعلوا الاطفال في وضع نفسي

جيد بعيداً عن الفشل والاحباط لان الفشل والاحباط وخاصة المتكرر ينفس بأساليب عدوانية متنوعة .

أمـــا النظرية السلوكية فترى ان العدوان متعلم من خلال البيئة التي يعيشها الفـــرد عـــن طـــريق التقليد من خلال الوالدين او الاقران، او النماذج التي يراها بالتلفاز، او الأشخاص المهمين في حياة الطفل.

وقد يتدرج العدوان الى حالة من الجنوح عندما يخرج الأطفال والمراهقون عن القانون او القيم الاخلاقية.

النشاط الزائد Hyperactivity :

ويتمـــثل بالحـــركة الجسمية المفرطة وقد يقترن به نقص في الانتباه، وقصور في التركـــيز، وهو سلوك حركي مضطرب يفتقد التنظيم. فالطفل الذي يتصف بالنشاط الـــزائد يجـــد صـــعوبة جدا في الاستقرار، ويعاني من صعوبة بالغة في الالتزام بالهدوء. أما اسبابه فهي عوامل جينية، او عوامل عضوية او عوامل نفسية اضافة إلـــى العوامـــل البيئية. استخدم في علاجه المدخل الطبي من خلال عقار الريتالين والدسكدرين، والعلاج السلوكي الذي اثبت فاعليته في تخفيف النشاط الزائد. (1)

السلوك الانسحابي Withdrawn Behaviour

وهو من الاضطرابات السلوكية الداخلية الذي يختلف عن السلوك العدواني الـــذي يعـــد مـــن الاضطرابات السلوكية الخارجية أي موجهة نحو الاخرين بينما السلوك الانسحابي موجة نحو الذات، وقد يكون نتيجة لعدم قدرة الفرد على التكيف الاجتماعـــي ومتطلباته، او الابتعاد والهروب من المواقف المحبطة، ومصادر القلق والتوتر فيفضل الابتعاد تخلصاً من هذه الحالات.

(1) الظاهـــر، قحطـــان احمـــد (2003) مصطلحات ونصوص انجليزية في التربية الخاصة. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

ويعـد السـلوك الانسحابي احد مظاهر الفصام والتوحد. اما مظاهره فهو الاستغراق في احلام اليقظة، وعدم الفاعلية والنشاط، والخمول والتقولب حول الذات، الابتعاد عن الانشطة الجماعية والتعاونية، وعدم تكوين علاقات صداقة مع أقرانه، كما يتظاهر المرض.

القلق Anxiety

احد الاضطرابات السلوكية الداخلية وأحد الأعراض للاضطرابات الانفعالية يتمثل بأحاسيس من الفزع والخوف لخطر او تهديد غير واضح فهو يختلف عن الخوف في كون الاخير استجابة لمثير واضح معروف، بينما القلق لا يتسم بوضوح المثيرات التي سببته، وهناك من القلق ما هو عادي ويتعرض له كثير من الناس فالطلبة قد يصيبهم القلق في أيام الامتحان، وقد يكون القلق البسيط دافعاً للعطاء وبذل الجهد أي قد يكون دافعاً الى مزيد من المثابرة والجد، ولكن اذا إزداد القلق عن حده الطبيعي فله مردود سلبي على الفرد إذ قد يؤدي إلى كف في عملية الاسترجاع.

فالقلق العصابي كما يشير إلى ذلك زهران [1] داخلي المصدر وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له، ولا يتفق مع الظروف الداعية اليه، ويعوق التوافق والانتاج والتقدم والسلوك العادي. أما اسبابه فهي وراثية وبيئية وخاصة تلك الظروف التي عاشها الطفل في مراحله الاولى.

أما اعراضه فتظهر من خلال الاعراض الجسمية كالنحول والحركات النمطية، والنشاط الحركي المفرط ، قضم الاظافر، عض الشفاه، والتعرق والرعشة واضطراب التنفس وغيرها.

أما الاعـراض النفسية فمنها الشك والتردد، والحساسية المفرطة، والهم والاكتئاب، واعطاء الموضوع اكثر مما يستحقه وغيرها.

---

(1) زهران، حامد (1977) مصدر سابق، ص 398 .

الفصام Schizophrenia

وهـــو مـــن الاضــــطرابات الانفعالـــية الشـــديدة ، قلـــيل الحـــدوث قياساً بالاضـــطرابات الاخـــرى، وهو من الأمراض الذهانية الذي يتصف بالاضطراب العقلـــي إذ يبـــتعد الفصـــامي من واقع ليعيش في عالمه الخاص. يتصف بالتشاؤم والانطواء والفردية والسلبية والانقلاب على النفس، والحساسية، والخجل، والعناد، وعـــدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية عادية، والاهمال، والهلوسات الحسية، والهذيان. أما اسبابه فهي وراثية وبيئية ونفسية وجسمية وفسيولوجية.

التدخل العلاجي للاضطرابات السلوكية والانفعالية

نظـــراً لكـــثرة وتعدد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وطبيعتها وشدتها وأثـــرها في الافراد، أصبح من غير الممكن أن يكون هناك علاج واحد شاف لها، لذا نجد أن هنالك اكثر من مدخل استخدم مع المضطربين سلوكياً وانفعالياً ومن هذه المداخل.

1- المدخل الطبي Medical Approach

يعـــد المدخـــل الطبـــي مـــن اقدم المداخل التي استخدمت مع الأفراد غير الاعتياديـــين بشـــكل عام حيث استخدم مع فئات متعددة كالاعاقة العقلية، والاعاقة الحركية، وصعوبات التعلم.

استخدمت الادوية مثل ستيلازين (Stelazine) كمهدئ، وليبريوم (Librium) للقلق، والتوفرانيل (Tofranil) وتريبتزول (Tryptizol) لعلاج حالات الاكتئاب.

واســـتخدم اضـــافة الـــى ستيلازين الذي أشرنا إليه سابقا مليريل Melleril كمهدئات في حالات الفصام. (1)

كمـــا اســـتخدمت الفيتامينات في علاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وخاصة فيتامين B6 والمواد المعدنية، كما يوصى بالابتعاد عن بعض الاغذية التي

(1) زهران، حامد (1977) مصدر سابق.

يتحســس مــنها بعض الافراد والتي قد تسبب التهابات مخية مما يؤثر في السلوك والتعلم.

2- العــلاج السلوكي: يعد المدخل السلوكي أنسب المداخل التي يمكن تطبيقها في اطار الصف لما له من سمات تفاؤلية منها:

1. كل سلوك متعلم سواء كان مقبولاً او غير مقبول وبالتالي يمكن تغييره أو تعديل غير المرغوب فيه.
2. يمكــن معالجة البيئة الصفية التي تسهل عملية تغيير السلوك غير المرغوب فيه عند المتعلم.
3. التعلم يحدث وفق السياق الاجتماعي من مكآفات وعقوبات.
4. يمكن تعديل المشاكل الاجتماعية للمتعلم اذا ما حدثت داخل الصف.

ويــتعامل المدخل السلوكي مع السلوك الظاهر غير المقبول على انه المشكلة ذاتها وليس انعكاس لعوامل داخلية.

يقــول (Eysenek) [1] في هذا الصدد ان نظرية العلاج السلوكي ترى أنه لا توجد امــراض وراء الأعــراض وان هذه الأعراض، لا تخبئ شيئاً مخفياً فان استطعت معالجة العرض تخلصت من المرض.

استخدم في علاج الاضطرابات الانفعالية أساليب متعددة من أساليب تعديل السلوك وخاصــة تلك المعتمدة على النظرية البافلوفية كأزالة التحسس التدريجي، والعلاج بالافاضة، والعلاج الانفجاري، والعلاج المنفر.

كمــا اســتخدمت أساليب اخرى بالاعتماد على نظرية الاشراط الاجرائي، ونظرية الــتعلم الاجتماعــي كالممارســة الســلبية، والاشباع، والتصحيح المفرط، وتكلفة الاستجابة والابعاد والتعزيز التفاضلي والتعزيز السلبي، والتعزيز الموجب. [2]

---

(1) Eysenek, H. S. (1978) Argon and Neurosis. Glassgow: William Collins.

(2) للمزيد انظر الظاهر، قحطان احمد (2003) تعديل السلوك: عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

وقد اثبتت كثير من التجارب التي طبقت فيها هذه الأساليب فاعليتها في اطفاء او تقليل كثير من الاضطرابات السلوكية والانفعالية

يتسم المدخل السلوكي بالتفاؤلية في حين ان مدخل التحليل النفسي يتسم بالتشاؤمية، كما انه يعطي البيئة المعاشه أهمية كبيرة في حين لا يعطي مدخل التحليل النفسي البيئة تلك الاهمية.

كما أنه يمكن تطبيق المدخل السلوكي مع الأطفال في اعمارهم المبكرة اضافة الى الاعمار المتأخرة، بينما مدخل التحليل النفسي لا يمكن تطبيقه مع صغار السن.

3- العلاج النفسي

وهو العلاج الذي يعتمد الطرق النفسية في علاج المشكلات السلوكية والانفعالية، وهو أقدم من العلاج السلوكي لكنه ليس سهلا في التطبيق وخاصة في اطار المؤسسات التعليمية، كما يحتاج الى جهد ونفس طويل، ووقت كثير، كما انه لا يمكن تطبيقه على الصف كله، او مجموعة كثيرة من المتعلمين في حين توجد امكانية تطبيق المدخل السلوكي مع الصف كله او مجموعة من المتعلمين. كما ان المدخل السلوكي يعالج المشكلة حال وقوعها في الزمان والمكان، بينما في العلاج النفسي من خلال جلسات اسبوعية قد تتراوح ما بين (3-5) جلسات اسبوعية واحياناً يأخذ العلاج سنوات.

ان مدخل التحليل النفسي كأحد اشكال العلاج النفسي الذي أسسه فرويد لعلاج الاضطرابات النفسية والتي تتطلب ان يتعمق المعالج وينقب عن الأسباب اللاشعورية المكبوتة وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لكي تطفو على السطح ليتعرف على الأسباب الحقيقية للاضطرابات النفسية.

فهو يختلف عن المدخل السلوكي بشكل أساسي في تركيزه على معالجة الأسباب وليس الأعراض من خلال الكشف عن اللاشعور المكبوت اضافة الى الجوانب الشعورية.

يهدف العلاج النفسي تحقيق التوافق النفسي من خلال تكيف الفرد مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه وبالتالي يمكن ان يستخدم قدراته وطاقاته بما يتلائم مع متطلبات الحياة.

يتطلب العلاج النفسي تهيئة المناخ المناسب للعلاج إذ يفترض أن يكون مريحاً هادئاً بعيداً عن المشتتات، وان تكون العلاقة مشبعة بالقبول غير المشروط والامن والفهم وان يبتعد تماما عن الاجبار، كما يفترض ان تسود الثقة بينهما، وان يؤكد المعالج للفرد على سرية المعلومات.

ومن الأساليب العلاجية التي يمكن ان تستخدم في هذا المدخل

أ- التداعي الحر Free Association

يتبين من العنوان أن المعالج يسعى الى أن يهيئ الظروف الايجابية التي من شأنها ان يسترسل الفرد بافكاره وخواطره وصراعاته متجاوزاً الزمن الماضي فيظهر المكبوت (اللاشعوري) من الاحداث. ويمكن للمرشد من خلال يقظته ان يستغل شطحات اللسان، او ما يعتري الفرد من شعور من القلق او توقف، او حرج او تلجلج عندما يصل الى بعض النقاط الهامة في حياته.

ويمكن للمعالج ان يتعرف من خلال هذا الأسلوب، ما هي الأسباب الحقيقية وراء الاضطرابات الانفعالية للفرد.

ب- الاستبصار (Insight)

عندما يتعرف الفرد دوافع السلوك من خلال ما يطفو على السطح من انفعالات، يمكن ان يتفهم نفسه ضعفها وقوتها، فيتجاوز حالات الضعف، وللمعالج دور في ذلك من خلال التوجيه والارشاد والمناقشة الموضوعية.

جـ- التفريغ (التنفيس الانفعالي) Emotional Catharsis

وهو أحد أنواع العلاج النفسية التي من خلالها يستطيع الفرد افراغ النفس من التوتر خلال استدعاء الاشياء المكبوتة.

د- تحليل الاحلام Dream Analysis

هــو التنفيس غير المباشر عن المكبوتات اللاشعورية والتي تمنعها دفاعات الانا من الظهور على السطح. ويعتبر فرويد ان الاحلام هي تنفيس عن الصراعات الداخلية المكبوتة والتي تظهر بشكل رمزي من خلال الاحلام .

يقــول فرويد [1] ان تكوين الاحلام يمكن ان تحدث بطريقتين مختلفتين فقد يكون أصلها احد الدوافع او الرغبات الغريزية المكبوتة في اللاشعور والتي تحول الاوضاع الاجتماعية دون تحقيقها في الواقع. تجد قوة كافية اثناء النوم تجعلها تؤثر فــي الانا (الرقيب) الذي يكون في غفلة أثناء النوم، وتفلت منه وتشق طريقها من اللاشعور الى الشعور، وتفصح عن نفسها في الاحلام.

وقــد يكون أصل الحلم رغبة متخلفة من حياة اليقظة أي سلسلة من الأفكار الموجــودة قــبل الشعور بكل ما تتضمنه من الدوافع المتصارعة تلقى تدعيما اثناء الــنوم من أحد العناصر اللاشعورية. وباختصار فأن الاحلام قد تنشأ أما من الهو، وأما من الأنا.

وقــد مــيز فــرويد بيــن المضمون الصريح (المحتوى الظاهري) للحلم، والمضمون الكامن، والاول يتعلق بيوم الحلم والخبرات السابقة وعادة ما يكون ساراً والثاني يكون مشوشاً ومتناقضاً للواقع ويحتاج الى تفسير.

يمكن أن تستغل الاحلام لمعرفة الأسباب وراء الاضطرابات الانفعالية للفرد والتي تساعد على إتباع طريقة علاجية لها.

وهناك علاجات اخرى استخدمت للتخفيف عن الانات والارهاصات الذاتية كالسيكودراما (Psychodrama) ليؤدي دوراً يصور اعراضه ومشاكله.

كذلــك يستطيع الفرد من خلال العلاج باللعب Play therapy والعلاج بالفن Art therapy أن يــنفس مــن ارهاصاته واناته الداخلية. كما يؤدي في ذات الوقت

(1) زهران، حامد (1977) مصدر سابق، ص 244 .

لتحقيق ذاته وهي بمثابة تنفيس داخلي فضلاً عما ينفسه من انطباع اجتماعي، وقد يؤدي الى إعادة الثقة وتقدير الذات.

4- المدخل البيئي The Ecological Approach

يبين هذا المدخل ان الاضطراب الذي يحدث للفرد ليس بسببه وانما هو نتاج متغيرات بيئية كالاسرة والمجتمع المحلي والمدرسة، والتي تؤدي الى عدم تناغم وتكيف الفرد مع الظروف البيئية التي يعيشها. لذلك يتطلب الأمر مشاركة فعالة مع البيئة التي يعيشها الفرد مع تغيير ما يلزم تغييره لتحقيق حالة من التفاعل.

وفي هذا الصدد فقد أشار السرطاوي وسيسالم [1] الى عدد من الاعتبارات عند استخدام هذا المدخل وهي:

1- ان كل فرد يعتبر جزءاً لا يتجزأ من النظام الاجتماعي ولا ينفصل عنه .

2- يجب ان لا ينظر الى الاضطرابات على انها مرض متواجد داخل جسم الطفل، ولكن ينظر اليها على انها قصور في التوازن مع النظام الاجتماعي.

3- ان القصور في التوازن مع النظام يفسر على انه تفاوت ما بين قدرات الفرد ومتطلبات البيئة وتوقعاتها (الفشل في الترابط ما بين الطفل والنظام الاجتماعي).

4- ان هدف العلاج يتمثل في تفاعل الفرد مع النظام الاجتماعي حتى بعد توقفه.

5- ان التحسن في أي جزء من النظام قد يغير النظام كله.

6- هنالك ثلاث مجالات اساسية للعلاج بالأسلوب البيئي.

أ- احداث تغيير في الفرد.

ب- احداث تغيير في البيئة.

جـ- إحداث تغيير في الاتجاهات والتوقعات.

---

(1) السرطاوي، سيالم (1987) مصدر سابق، ص 230 .

البرامج التربوية للمضطربين إنفعالياً وسلوكياً

كان الاهتمام بالمضطربين إنفعالياً لا يتسم بالنظامية، يقوم به أفراد متطوعون، أو هيئات خيرية تستوعبهم لتقديم الخدمات البسيطة للجانب الانساني، وليس على أنه حق يفترض أن تقدمه الدولة لذوي الاحتياجات الخاصة.

أما الخدمات التربوية التي قدمت للمضطربين إنفعالياً فكانت متأخرة قياساً بالفئات الأخرى إذ كانت النظرة السائدة على أن علاج المضطربين إنفعالياً خارج اطار المدارس، وقد اقتصر بشكل أساسي على المدخل الطبي، وقد أدى ظهور المدرسة السلوكية إنبعاثاً حقيقياً أو تحولاً عن المفاهيم القديمة السائدة والتي تركز على المدخل الطبي في علاج المضطربين إنفعالياً، واثبت المدخل السلوكي فاعليته في خفض أو اطفاء السلوكات والمشاعر غير المرغوب فيها.

اما تنظيم البرامج التربوية المقدمة للمضطربين انفعالياً فهو لا يختلف عن تلك التي قدمت لبقية الفئات الخاصة، التي يمثل الدمج والفصل وتأخذ البرامج التربوية أحد الأشكال الآتية:

1- الدمج في المدارس العادية وخاصة اولئك الأفراد الذين يتصفون باضطرابات انفعالية وسلوكية بسيطة. ويمكن للمعلم الاعتيادي ان يستوعب هؤلاء المتعلمين خلال وجودهم مع اقرانهم غير المضطربين انفعالياً وسلوكياً شريطة أن يتعامل معهم بشكل علمي وموضوعي، وان تخفف من معاناتهم قدر الامكان لكي ينطلقوا انطلاقة حقيقية وفق قدراتهم العقلية.

كما يفترض ان يتعامل مع جوانب القصور المرتبط بالاضطراب الانفعالي والسلوكي لكي لا تتفاقم هذه الاضطرابات. وقد لا يستطيع المعلم الاعتيادي التعامل مع هؤلاء الأطفال، ويتطلب الامر استشاري مساند لتقديم الخدمات للمعلم الاعتيادي في التشخيص وأساليب التدخل العلاجي. ويفترض أن يكون هذا الاستشاري على

وعي ودراية كافية لاحتياجات هذه الشريحة من حيث التشخيص والتقييم والعلاج. ان هذا الدمج يعد شكلاً من اشكال الدمج.

وقد يأخذ الدمج شكلاً آخر وهو أن يشترك المعلم الاعتيادي، ومعلم التربية الخاصة في تربية هؤلاء الأفراد عند دمجهم مع أقرانهم غير المضطربين انفعالياً وسلوكياً. حيث يخفف معلم التربية الخاصة من العبئ الثقيل على المعلم الاعتيادي، ويساعده على فهم هؤلاء المتعلمين وكيفية التعامل معهم، أو قد يحول المتعلم المضطرب إنفعالياً وسلوكياً الى غرفة المصادر لبعض الوقت للتشخيص والتقييم والعلاج.

وقد يأخذ الدمج شكل الدمج الجزئي حيث يجري تعليمه وتدريبه في صف خاص لبعض الوقت في الجوانب الاكاديمية من خلال معلم تربية خاصة، ويدمج مع أقرانه الآخرين في المواد الاخرى كالرياضة والفن والعلوم وغيرها وخاصة في المراحل الاولى من المدرسة الابتدائية.

وقد يكون الدمج دمجاً مادياً فقط إذ يوضع المضطربون انفعالياً وسلوكياً في صف خاص ضمن المدارس الاعتيادية، يقوم بتعليمهم وتدريبهم مختص في التربية الخاصة ليلبي احتياجاتهم المعرفية والاجتماعية والانفعالية والجسمية .

وقد يتطلب الأمر فريق من المتخصصين وخاصة الاخصائي النفسي والاخصائي الاجتماعي. يكون هذا النوع من الدمج مناسباً للمتعلمين ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الأصعب من تلك التي كانت في أشكال الدمج السابقة، ويفترض أن يتراوح عدد المتعلمين خلال هذا الشكل ما بين (6-12) متعلماً.

2- الفصل : وهو الشكل الثاني الذي يلبي احتياجات الأفراد المضطربين إنفعالياً وسلوكياً وخاصة الشديدة منها، وقد يأخذ الفصل أحد الشكلين الاثنين.

أ- مراكز التربية الخاصة النهارية

وهي مراكز نهارية متخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة من المضطربين انفعالياً سلوكياً لتلبي حاجات المضطربين انفعالياً وسلوكياً وخاصة الشديدة، ويفترض ان تكون البيئة التربوية مصممة بشكل يتناسب مع المضطربين انفعالياً

وسلوكياً لملاحظتهم ومراقبتهم. وأجد من الضروري توفير هذه المراكز المرآة أحادية الجانب لكي نراقب هؤلاء المتعلمين عن كثب لان بعضهم قد يؤذي نفسه أو أقرانه الآخرين، ويفترض كذلك أن توفر هذه المراكز جميع الخدمات التربوية والطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية، والتي يقدمها مختصون في هذه الجوانب. يقوم كل مختص من هذه الاختصاصات بعدد من الأنشطة التي تسهم اسهاماً فاعلاً في علاج وتنمية هؤلاء المتعلمين. وقد يتطلب الأمر ارشاداً وتوجيها أو علاجاً لأولياء الأمور او الأسرة.

يؤخذ هؤلاء المتعلمين من بيوتهم بمواصلات خاصة في أغلب الأحيان في الصباح الى المركز وارجاعهم في نهاية الدوام.

ب- مراكز الاقامة الدائمة:

وهو أحد البرامج التنظيمية للخدمات المقدمة للمضطربين انفعالياً وسلوكياً وخاصة الشديدة جداً منها والتي تتطلب الاقامة الدائمة لتقديم الخدمات الضرورية والمتنوعة من خلال فريق العمل في التخصصات الطبية والمساندة منها والخدمات الاجتماعية والنفسية والتربوية والتأهيلية.

يمكن ان يكون لبعض هؤلاء المضطربين انفعالياً وسلوكياً زيارات اسبوعية من خلال أولياء أمورهم واسرهم أو اخذهم في بداية الأسبوع الى هذه المراكز والرجوع بهم كل اسبوع او اكثر، ويتحكم بالأمر متغيرات عدة منها شدة الاعاقة، العمر الزمني، مدى ارتباط الأسرة به، وضع أولياء الأمور الصحي والنفسي، وضع الأسرة من حيث حجم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، وعدد الأبناء في الأسرة والجنس.

التعليم المشترك

يمكن ان يشترك معلم التربية الخاصة مع المعلم العادي في التعامل مع المتعلمين المضطربين انفعالياً وسلوكياً في حالة دمجهم في اطار الصف العادي إذ يشتركان معاً في تحديد السلوكات والمشاعر غير المرغوبة تحديداً اجرائياً دقيقاً من

خلال الملاحظة الدقيقة سواء كانت النظامية وغير النظامية، والتقييم الدقيق لهذه السلوكات التي تستحوذ على عقل المضطربين إنفعالياً وسلوكياً ووقتهم في أماكن وأوقات مختلفة، والوصول الى الأسباب التي تؤدي الى افتراضات. ومن ثم يعمل معلم التربية الخاصة مع المعلم العادي أو اكثر من معلم لاتباع استراتيجية تعليمية تساعد على تحقيق المهارات المطلوبة. وليحققوا الأهداف المبتغاه لكل من المتعلمين والمعلمين وقد يتطلب الأمر تغيير البيئة التي قد تشكل عاملاً يؤدي الى احداث السلوك غير المرغوب فيه.

وفي هذا السياق يشير المجلس القومي الامريكي للأطفال غير الاعتياديين كما جاء في هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) [1] الى المهارات الضرورية التي يجب ان يتحلى بها المعلم الذي يتعامل مع المتعلمين المضطربين انفعالياً وسلوكياً وهي:

1- معرفة استراتيجيات الوقاية والتدخل العلاجي للمتعلمين الذين يكونون في خطر من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية .
2- استخدام اساليب متنوعة غير منفرة للسيطرة على السلوكات المستهدفة المراد تغييرها او إطفاؤها، والحفاظ على اهتمام وانتباه المتعلم المضطرب انفعالياً وسلوكياً.
3- أنشأ صفاً اعتيادياً يتصف بالتماثل مستخدما مهارات حل المشكلات وحل الصراعات.
4- تخطيط وتنفيذ انظمة التعزيز الفردي والتعديلات البيئية بما يتلاءم مع شدة الاضطراب الانفعالي والسلوكي.
5- التكامل في التعليم الاكاديمي والتربية الفاعلة وادارة السلوك للافراد والمجموعات.

(1) هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) مصدر سابق، ص 250 .

6- تقييم السلوك المشكل اجتماعيا والسلوك الملائم (المناسب) للأفراد.

وأرى ان التوجيهات الآتية ضرورية للمعلم (وبشكل خاص لمعلم التربية الخاصة) للتعامل مع المتعلمين المضطربين انفعالياً وسلوكياً وهي:

1- التعامل بشكل انساني تربوي بعيداً عن الضغوط والممارسات المنفردة.

2- ان يركز المعلم على الجوانب المشرقة والاجتماعية كاستراتيجية لتقليل الجوانب السلبية.

3- خلق بيئة صحية غنية بالانشطة لكي تدعو الى حس من الانتماء.

4- لا تكلف الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً اكثر من طاقاتهم.

5- ابعد هؤلاء الأطفال عن الفشل والاحباط لانه لا يوجد في العمل التربوي انجح من النجاح.

6- استخدم التعليم الفردي إذا تطلب الحال وخاصة في الجانب الاكاديمي لان هناك علاقة وثيقة بين الجانب الاكاديمي ومشاكل السلوك.

7- استخدم أساليب تعديل السلوك على أن تحسن اختيارها بما يتلاءم مع المضطرب انفعالياً وسلوكياً وخاصة لعب الأدوار، والنمذجة، وازالة التحسس التدريجي، والحث والتلاشي والتشكيل، والتعزيز الايجابي، والابعاد، والتصحيح المفرط وغيرها.

8- استخدم الانشطة الجماعية لعلاج السلوكات الشائكة، واكساب المتعلمين مهارات اكاديمية واجتماعية وسلوكية.

9- حاول تشكيل بعض السلوكات الشائكة كالنشاط المفرط من خلال استغلاله بأعمال مفيدة.

10- عزز السلوكات الجيدة وتجاهل قدر الامكان السلوكات غير المرغوبة اذا لم تؤثر في سير العملية التعليمية أو الاقران او الفرد نفسه.

11- استخدم المباريات بين المتعلمين من خلال توزيع المضطربين انفعالياً وسلوكياً على فريقين مع أقرانهم اذا كان هناك دمج ولتوضيح ذلك

مثلا يقول المعلم سنأخذ الدرس (س) خلال العشرين دقيقة الاولى وسنشرحه بشكل وافٍ والعشرين دقيقة الثانية ستكون مباراة بين فريق (أ) وفريق (ب) حول الموضوع.

إنَّ أحد أهداف هذا النشاط هو تقليل المشاكل السلوكية للاطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً والباب مفتوح أمام معلم التربية الخاصة او المعلم العادي لابتكار أساليب أخرى لاطفاء المشاكل.

12- استغل اهتمامات وميول المتعلمين المضطربين انفعالياً وسلوكياً وتوظيفها بشكل مستمر لتعليم او تدريب مهارات اكاديمية او اجتماعية أو سلوكية.

13- استخدم اسلوب تحليل المهمة لتلبية الفروق الفردية.

14- حاول استغلال الاقران كنماذج تحتذى لتغيير السلوكات الشائكة.

15- التعاون المثمر مع المعلمين الآخرين وبقية الاختصاصات الاخرى (مع فريق العمل) من اجل النهوض بالمتعلمين المضطربين انفعالياً وسلوكياً.

16- مد الجسور بين المدرسة والبيت واعطاء الارشادات والتوجيهات الضرورية لأولياء الأمور، وتزويدهم بالموقف المتعلق بأبنهم بجميع الجوانب .

17- استخدم الانشطة اللاصفية المتنوعة .

18- اعتمد خط اساس (Baseline) لمعرفة التغير الحاصل في الجوانب المختلفة الاكاديمية والسلوكية والاجتماعية.

ان العمل مع هؤلاء المتعلمين تتطلب صبراً وجلداً واتساع نظره وحس انساني ولا يمكن ان يكون ذلك بلا رغبة حقيقية للتعامل مع هذه الشريحة.

التوحـــــد Autism

إن مصـــطلح (Autism) هي كلمة انكليزية من أصل أغريقي، ومشتقة من الجـــذر اليونانـــي (Autes) وتعني النفس أو الذات. أول من استخدم هذا المصطلح الطبيـــب النفســـي كانر Kanner عام (1943) . كما استخدمت مصطلحات أخرى كالفصام الذووي أو ذاتي التركيب، وذهان الطفولة، نمو الانا الشاذ (غير السوي). أمـــا عامـــة الـــناس فقد يطلقون عليهم الاطفال الشرسون او البربريون او الافراد الغريبون.

وقـــد كـــان لأحـــد الاخصائيين النفسانيين الامريكيين هو بيرنارد ريملاند (Bernard Rimland) دور كبير في الاهتمام بالتوحد لما يمتلك اضافة الى تخصصه حالـــة مـــن الاستشعار بالمشكلة حيث كان له طفل يعاني من هذه الحالة، فكانت له اسهامات كبيرة في هذا الجانب.

يعـــد الـــتوحد من حالات الاضطرابات الشديدة، وهي حالات يتعرض لها الذكـــور اكثر من الاناث، تظهر هذه الحالة بشكل عام قبل السنة الثالثة من العمر، ولكـــنها صـــعبة التشخيص من قبل الامهات والآباء الا بعد مضي سنتين أو اكثر أحياناً.

تعريف التوحد

ان القواســـم المشـــتركة بين المهتمين حالياً في التوحد اكثر من الاختلاف بالرغم من انه لا يوجد إتفاق كامل بين المهتمين على سبب بذاته للتوحد فمثلا يشير كوهيـــن وكوبـــارولو (Conhen and Coparula) كما جاء في يحيى [1] الى ان الام تلاحظ ذبول الطفل وعدم انتباهه، وعدم ارتياحه بين يديها، وعدم توجيه نظره اليها عندما تقوم بارضاعه، ومن خلال بكائه المستمر بدون سبب.

---

(1) يحيى، خوله (2003) الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط2 . عمان: دار الفكر ، ص 202 .

يظهر من ذلك ان هذه الحالات ترتبط بعوامل وراثية اكثر منها بيئية، وذلك لان الطفل في مراحله الأولى، في حين كان الاعتقاد في السابق كما يشير الى ذلك القريوتـــي وآخـــرون [1]، ان التوحد دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل وامـــه والى الاتجاهات السلبية للوالدين إتجاهه، وربما يحدث ذلك عندما لا يرغب احدهمـــا او كلاهمـــا بأنجابـــه. ولكـــن في واقع الحال أن كثيراً ممن لديهم اطفال متوحدون على غير ذلك، ويتألمون كثيراً لحالة ابناءهم.

وفـــي الوقت الذي يرى كثير من الباحثين ان التوحد هو اضطراب انفعالي تـــرى الـــرابطة الامريكـــية للطـــب النفسي انه نمائي وليس انفعالي لذلك تعددت المصطلحات التي استخدمت كما اسلفنا سابقاً.

وعلـــى أية حال يشير كانر الذي كان له قصب السباق في هذا المجال الى الاعراض التي تعد اساسية في تشخيص حالات التوحد وهي:

1- ضعف شديد في التواصل المثمر مع الأشخاص الآخرين.
2- رغـــبة مفـــرطة للمحافظـــة على الروتين والرتابة، ويشير الى المحافظة على التماثل في تعاريف أخرى.
3- الاعجـــاب بالاشـــياء التي تمسك باستخدام العضلات الدقيقة وقد لاحظت احد الاطفال في زيارتي لمعهد زين الشرف في عمان انه مولع بمسك الحبل.
4- لغة لا تخدم الاتصال الشخصي الداخلي.
5- مستوى من الذكاء وقدرة معرفية جيدة معتمدة على الذاكرة، وتظهر من خلال مهاراتهم على الاختبارات الادائية (يحيى 2003) [2]

واتحفظ فيما يتعلق بالنقطة الخامسة اذ ان الاختبارات الادائية على افتراض ان التوحديـــن يمهـــرونها فهـــي جزء من الذكاء العام فما هو معروف ان اختبار

---

(1) القريوتي وآخرون (1995) مصدر سابق، ص 266 .
(2) يحيى، خوله (2003) مصدر سابق، ص 202 .

وكسلر يحتوى على جانبين لفظي وادائي في حين لا يوجد في اختبار بينيه الجانب الادائي.

ومـــن خـــلال زياراتـــي الميدانية لعدد من المراكز التي يتوفر فيها اطفال توحديـــون لـــم اخرج بانطباع ان هؤلاء التوحديين بشكل عام لديهم مستوى ذكاء وقدرة حركية جيدة كما يشير الى ذلك التعريف السابق.

أمـــا روتـــر (Rutter) فـــي الزريقات [1] الذي قام بمراجعة الادب المتعلق بالتوحد فتوصل الى ثلاث خصائص رئيسية لحالات التوحد هي:

1- اعاقة في العلاقات الاجتماعية.

2- نمو لغوي متأخر او منحرف.

3- سلوك طقوسي واستحواذي او الاصرار على التماثل.

نلاحظ مما سبق ان هذا التعريف يتشابه في النقطة الاولى والثالثة مع تحديد كانـــر للـــتوحد لكنه قد يكون على نقيض فيما يتعلق بالنقطة الثانية اذ لم تذكر في تعـــريف كانـــر، وقد تخالف نقطة الذكاء والمعرفة والخبرة التي نوقشت سابقا. إذ يمكن القول ان اللغة اولاً هي نشاط عقلي كما ان هناك علاقة وثيقة بشكل عام بين التطور اللغوي والتطور الذهني، فضلاً عن ان العلاقة بين اللغة والتفكير تفاعلية.

ويمكـــن القول ان التوحد حالة من الانكفاء الذاتي او التقولب حول الذات، مبتعداً عن الاستجابات الحسية والتفاعل الاجتماعي، يرافق ذلك نمطية غير عادية، تؤثر في أدائه المعرفي .

خصائص التوحد

تـــتعدد خصائص الأفراد المصابين بالتوحد، وتختلف درجتها وفق الأسباب التـــي أدت الى ذلك. وتكاد تكون بعض الخصائص مشتركة، ولكن ليس بالضرورة ان تكون جميع الخصائص والأعراض موجودة في فرد بذاته.

(1) الزريقات، ابراهيم عبد الله (2004) التوحد، الخصائص والعلاج . عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

ويمكن اجمال الخصائص بما يلي:

1- التقولـــب حول الذات دون إقامة علاقات اجتماعية اذ يتميز هؤلاء الافراد بعدم التواصل مع الآخرين سواء تعلق باللغة المنطوقة او غير المنطوقة او ما يسمى باللغــة غــير اللفظية كالايماءات والاشارات، والتواصل البصري ، وتعبيرات الوجه والابتسامات، تلاقي العيون وغيرها.

2- القصـــور اللغــوي: غالباً ما يتصف الأطفال المصابون بالتوحد بأنَّ لغتهم لا تتناســب مع عمرهم الزمني، وهي نتيجة طبيعية ترتبط ارتباطا وثيقا بالنقطة الاولـــى. وقــد يعتقد من يلتقي بهم لاول مرة بأنهم بكم لقلة كلامهم وقصورهم الواضـــح فـــي الاتصال والتفاعل الاجتماعي، وان تكلموا فغالباً ما يرددون ما يقال دون فهم او استيعاب، وقصور في التعبير اللفظي.

3- يتصفون بالسلوك النمطي اذ يميل هؤلاء الاطفال إلى التكرار دون ملل أو سأم من خلال اللعب ببعض الاشياء بشكل معين، او تحريك جزء من الجسم بشكل متكرر وملفت النظر دون تعب، وتكون النمطية كذلك بالكلام من خلال تكرار عبارة سمعوها، ويميلون الى استماع وبشكل متواصل لاغنية بذاتها.

4- تظهــر علــيهم علامات الحزن دون ان يكون هناك عوامل بيئية تدعو لذلك، ودون ان يعي ذلك. وقد يعبر عن حزنه احياناً بنوبات من الغضب، او قد يؤذي نفسه (Self abuse) كعظ نفسه، أو ضرب على الحائط وما شابه ذلك.

5- التــبلد فـــي الاحســـاس بالألم مقارنة بأقرانه الآخرين، فنرى احياناً أن الطفل التوحدي ينزف دماً لكنه لا يبكي وكأن الحال طبيعي. وهي ترتبط بما ذكر في الـــنقطة السابقة حيث يلجأ الاطفال المصابون بالتوحد الى ايذاء الذات الذي قد يكون تعبيراً عن الحزن الذي يسكنهم، وقد لا يقدرون المخاطر التي يتعرضون اليها، لذلك يتطلب ان يكونوا تحت النظر سواء كان في المؤسسات التعليمية أو داخل الأسرة.

6- عـــدم قبول ما هو جديد او مقاومة التغيرات المختلفة في البيئة، ولا يستجيبون الى المثيرات الحسية الجديدة كما هو الحال بالنسبة لأقرانهم الاخرين.

7- انخفاض واضح في القدرات العقلية والوظيفية مقارنة بأقرانهم الاخرين، وهذا مـــا لمسته من خلال زياراتي الميدانية للمؤسسات التي تحتوي اطفال مصابين بالتوحد بالرغم مما ذهب اليه بعض المتخصصين مثل كانر (Kanner) الذي له قصـــب الســـباق في هذا الميدان بأنهم ذوو قدرات معرفية متوسطة. ولكن قد يكـــون لبعضهم أداءاً استثنائياً رائعاً، فقد يؤدي بعضهم على سبيل المثال رسماً على غاية من الروعة.

وقـــد لاحظـــت خـــلال الـــزيارات الميدانية ان هناك خلطاً بين حالات التوحد والاعاقة العقلية للمظاهر المشتركة بينهما لكن حالات التوحد ليست كحالات الاعاقة العقلية في كون الثانية عامة بينما ليست كذلك بالنسبة لحالات التوحد.

وفـــي هـــذا الجانب فقد أشار القريوتي وآخرون [1] اعتماد على باحثين آخرين إلى الفروق بين الاطفال المعاقين عقليا والاطفال التوحديين وهي :

أ- الاطفـــال المعـــاقون عقليا ينتمون او يتعلقون بالآخرين، وهم نسبياً لديهم وعي اجتماعـــي، ولكـــن لا يوجد لدى الأطفال التوحديين تعلق حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.

ب- القـــدرة علـــى المهمـــات غـــير اللفظية وخاصة الادراك الحركي والبصري، ومهـــارات التعامل موجودة لدى التوحديين، ولكنها غير موجودة لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

جـــ- كمـــية واستخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء المعاقين عقليا ولكن لدى التوحديين يمكن ان تكون اللغة غير موجودة وان وجدت فانها تكون غير عادية.

---

(1) القريوتي، السرطاوي ، الصمادي (1995) مصدر سابق.

د- نسبة وجود العيوب الجسمية في التوحد اقل بكثير من العيوب الجسمية الموجودة في الاعاقة العقلية.

هـ- يبدي الأطفال التوحديون مهارات خاصة تشمل الذاكرة، الموسيقى، الفن وغيرها، وهذا لا يوجد لدى الأطفال المعاقين عقليا.

ومن الخصائص التي يتصف بها التوحديون هو اضطراب الادراك، وعدم القدرة على التعميم، وعدم التركيز على الانشطة الجماعية.

8- قلة الدافعية: ان الدافعية هي وراء كل السلوك الانساني، ويتصف التوحديون بقلة دافعيتهم في اكتشاف البيئة التي يعيشونها او استثمار المثيرات البيئية، كما انه لا يستجيب للمعززات او المكافآت كما هو الحال لاقرانهم الاخرين.

9- الاستجابات غير الاعتيادية للمثيرات فقد يستجيب بعضهم لبعض الاصوات ويغالون فيها، كما قد يكون بعضهم يتصفون بالنشاط الزائد او كثرة الحركة، أو قد يتصفون بالجمود وعدم الحركة، وقد تكون هذه الاستجابات غير الطبيعية من خلال الانتقاء المتطرف للمثير. فقد يركز على جزء من آلة دون الاهتمام بالاجزاء الاخرى.

ونظراً للتقارب بين مصطلحي فصام الطفولة والتوحد الطفولي لابد من التفريق بينهما وقد وضح ماير وسالمان (Meyer and Salman) في الزريقات [1] خصائص كل منهما من خلال الجدول التالي :

(1) الزريقات (2004) مصدر سابق، ص 84 .

جدول (7) يوضح خصائص كل من فصام الطفولة والتوحد الطفولي

المظاهر الاكلينكية	فصام الطفولة	التوحد الطفولي
البداية	يظهر بشكل تدريجي بين عمر سنتين الى 11 سنة بعد فترة نمو طبيعية	ظهور تدريجي من الميلاد
المظاهر الشخصية والاجتماعية	اهتمام منخفض في العالم الخارجي، الانسحاب فقدان التواصل، علاقات معاقه مع الاخرين	الفشل في اظهار حركات ايمائية متوقعة، اصرار على التماثل (النمطية، البقاء في عالمه الخاص حتى عند وجوده مع آخرين
المظاهر المعرفية والذهنية	اضطراب في العمليات النمائية (التفكير والادراك) تشوه في التوجه المكاني والزماني، متوسط متدني من الذكاء	قدرة مكانية عالية، ذاكرة جيدة، ذكاء منخفض
اللغة	اضطراب في الكلام، بكم أو الكلام الغريب (غير المستعمل) في التواصل	اضطراب في الكلام، بكم او الكلام الغريب (غير المستعمل) في التواصل حرفيه، مصاداة متأخرة، وعكس الضمائر
الانفعال	عيوب في الاستجابة الانفعالية والاتصالات غير مناسبة ومشوهة ومتدنية	عدم الاستجابة انفعالياً للآخرين
الحركة	حركات جسمية غريبة، حركات نمطية وتكرارية، وتشوه في الحركة والتنقل	تمايل الجسم والرأس، إنشغال بالاشياء الميكانيكية، حركات نمطية وتكرارية.
الانماط الحركية والجسمية	نمو جسمي غير اعتيادي او اضطراب الانماط الايقاعية، التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) شاذ، انتشار الامراض العقلية عالٍ في الاسرة	عادات تناول طعام شاذة وتفضيل اطعمة، التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) طبيعية، معدل الكلام والامراض العقلية متدنية.

أسباب التوحد

لـــم يتفق المهتمون في هذا المجال على سبب بعينه يؤدي إلى حالة التوحد وانمـــا تعددت وجهات النظر حول الأسباب التي تؤدي الى التوحد، ولا يوجد دليل علمي قاطع على سبب بعينه.

أما الأسباب التي فسرت التوحد فهي:

1- الاســـباب الســـيكولوجية: وهي من اقدم وأشهر النظريات التي فسرت حالات الـــتوحد التي بدأها كانر والتي تفسر التوحد على انه حالة من الهروب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للجمود والفتور في العلاقة بين الام وابنها، وانه يعد علاقـــة مريضـــة لا يـــتخللها القبول والحب والحنان. فالتنشئة الأولى هي السبب الرئيسي لحالة التوحد حسب هذه النظرية، ولا أحد ينكر ما لدور التنشئة الاولى في تشـــكيل الذات، ولكن السؤال هل أن حالة التوحد هي نتيجة لهذه الظروف المعتمة التـــي يعيشها الطفل؟ وقد يثير هذا القول بعض الأفكار التي قد تعطي تبريراً لهذه النظرية كالعلاقة بين الزوج والزوجة؟ هل صحية أو مريضة؟ عمل طفل برغبة او بدون رغبة لاحدهما او كلاهما؟ وضع الام الصحي؟ وخاصة تلك المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية؟

وعلى اية حال، فقد لاقت هذه النظرية رفضا من قبل كثير من المهتمين في هـــذا الشـــأن فقد رد ريملاند (Rimland) على بتلهايم (Bettelheim) الذي يعد من أشهر المؤيدين لهذه النظرية [1] بالنقاط التالية:

1- من الواضح ان بعض الأطفال المتوحدين مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الابوية التوحدية.

2- الأطفال المتوحدون من الناحية السلوكية غير اعتياديين منذ لحظة الولادة.

---

(1) الزريقات، ابراهيم عبد الله (2004) ، ص 111.

3- ان نســبة الاصابة للذكور يفوق الاناث بثلاث أو اربعة اضعاف، وتكاد تكون هذه النسبة ثابتة.

4- غالبا ما يكون اخوة الاطفال المتوحدين طبيعيين الا في بعض الحالات النادرة.

5- جمــيع حالات التوائم التي ذكرت في الادب كانت محددة بوجود اصابات فيما بينها.

الأسباب الجينية

وتشــير هــذه النظرية بأن سبب التوحد وراثي جيني، جاء ذلك من خلال دراســات الجينات الموجودة على الكروموسومات، وافضل الطرق لمعرفة ذلك هو المقارنــة بيــن التواؤم المتطابقة (Identical twins) والتواؤم الاخوية (Fraternal Twins) حيث وجدوا ان وجود التوحد في حالات التواؤم المتطابقة اكثر بكثير من الــتواؤم الأخوية. وقد يصل في الحالة الاولى الى درجة عالية جدا وقد يكون سبب التوحد خللاً وراثياً عند الجنين.

الأسباب العصبية

وهــي الأسباب التي تعزو التوحد إلى الخلل في الجهاز العصبي المركزي فقد أظهرت الدراسات الى وجود خلل دماغي عند اجراء التخطيط الدماغي (EEG) وقد أشار الزريقات [1] اعتمادا على باحثين عدداً من الفرضيات التي بحثت الشذوذ العصــبي، ففرضــية ريملاند (Rimland) تقول ان التكوين المعقد في جذع الدماغ للطفــل التوحدي ربما يفشل في التزويد بدرجة إثارة مناسبة. وقد افترض كل من ديمــير وبــارتون وديمــير (DeMyer, Barton and DeMyer) ان مواقع التلف في القشرة الدماغية الطبقة الأكثر بعداً عن الدماغ قد تكون هي المسؤولة عن الاختلال الوظيفــي اللفظــي والادراكي. ونظرية أخرى تقول ان الخلل في النصف الايسر للدماغ والذي يؤدي الى اختلال وظيفته المعرفية والخلل اللغوي.

---

(1) الزريقات (2004) مصدر سابق، ص 115 .

وقــد تكون اصابات الدماغ نتيجة للتسممات الكيميائية نتيجة لفشل الكبد من تنقية الدم من الترسبات الضارة وخاصة العناصر المعدنية الصلبة مثل الرصاص، والزئــبق، والزنك والتي تنتقل عن طريق الدم الى الجهاز العصبي الامر الذي قد يسبب حالات التوحد.

الأسباب الغذائية

وقد تكون بعض الاطعمة التي تسبب الحساسية لها علاقة باعراض التوحد ويمكــن ان يكــون عــدم التوازن الغذائي يساعد اسباب اخرى تؤدي الى ظهور أعــراض التوحد ، وهي المواد الكيميائية والمعادن الثلاثة مثل الزئبق والرصاص والــزنك، او الخلل الوظيفي في جهاز الكبد بسبب التسمم الذي يؤدي الى عدم قدرة الكبد على تنقية السموم أو عدم التوازن في الكيمياء الحيوية في الجسم.

ويمكــن ان تكون هناك أسباب اخرى تسبب حالات التوحد التي تحدث قبل واثــناء الولادة كاصابة الام بالحصبة الالمانية وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الاولى او الولادة المبكرة.

التشخيص

ان تعدد الأسباب والمظاهر لحالات التوحد Diagnosis كما سبق أن اشرنا، وعــدم وجــود اختــبارات دقــيقة لتحديد الأسباب المتوقعة لحدوث حالات التوحد (كالبيولوجــية)، وتعدد أشكال التوحد اضافة الى إشتراكه بمظاهر مشتركة لحالات أخــرى كالاعاقــة العقلــية وصعوبات التعلم، والنشاط الزائد، واضطرابات اللغة، والصرع.

كــل ذلك يجعل مسألة التشخيص ليس بالأمر السهل، وقد يمكن القول بناء علــى الدراسة النظرية للتوحد انه لا يسير في اتجاه الانحسار، وانما ارى ان هناك زيــادة في المسببات التي تؤدي الى التوحد وهي الاضطرابات النفسية لتعقد الحياة الــذي يــنعكس بشكل أو بأخر على النفس البشرية، وزيادة السموم التي تؤثر في كيميائيات الجسم أو تلك التي تؤثر في عمليات جهاز الكبد او نقص المناعة، فبعض

انــواع الغــذاء لا يكــون طبيعيا كما هو الحال بالنسبة للاغذية التي يستخدم فيها الهرمونات التي تكبر وتسرع في النمو.

ان التوحد بشكل أساسي ليس عرضا واحداً وانما أعراض متعددة وهي:

- الجمود العاطفي فلا يظهر استجابات طبيعية انفعالية كما يظهر الطفل الاعتيادي ولا يستجيب لمشاعر الآخرين بما فيهم الام والاب.

- اســتجابات شــاذة غــير طبيعية فهو لا يستجيب بشكل طبيعي للمثيرات البيئية الحســية، وقد يستجيب لجزء بسيط لا قيمة له فمثلا أحد الأطفال المتوحدين خلال زياراتي الميدانية تعلق بحبل.

- القصور الواضح في اللغة اللفظية وغير اللفظية فهو لا يتكلم ويكاد يحسبه الفرد عــند رؤيته لاول وهلة انه أبكم، كما لا يستجيب بلغة غير لفظية مثل الابتسامات، الايماءات، تلاقي العيون وغيرها.

- ســلوك نمطي تكراري باثارة ذاتية غير هادفة كتحريك اليدين، والهز، الدوران حول نفسه.

- التقولب حول الذات وعدم اقامة علاقات اجتماعية.

- قصور في التقليد

- اضطرابات اللغة والكلام في النطق او اضطرابات الصوت او في طلاقة الكلام.

- حدوديــة الاهتمامات، وقد يكون اهتمامه متركزاً في اطار ضيق دون تغيير مع غياب الانشطة التخيلية .

هــذه هي الاعراض التي يمكن ان تشير الى حالات التوحد، ولكن ليس بالضرورة انه تجتمع جميع هذه الاعراض في فرد بذاته، كما ان هذه الاعراض قد تتباين في درجــتها من فرد لآخر تبعا للأسباب التي أدت اليها اذ لا يوجد اتفاق بين المهتمين على سبب بذاته يؤدي الى حالات التوحد.

ويمكــن القــول ان جميع مقاييس التشخيص التي استخدمت لا تخرج عن الأعراض التي ذكرت سابقا.

فمــثلاً يشــير الــزريقات [1] اعــتماداً على باحثين بان الدليل التشخيصي والاحصــائي الــرابع (DSM. IV) يركــز على التفاعلات الاجتماعية والتواصل والانشــطة، ولتشخيص طفل على انه مصاب بالتوحد تعتمد الأعراض الآتية التي يجب ان تظهر على الطفل قبل سن الثالثة من العمر وهي:

أولاً:

أ- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي: وتظهر في اثنتين مما يأتي :

1- قصــور في اللغة غير اللفظية كتلاقي العيون، وتعبيرات الوجه (الابتسامة او العبوس للآخرين بما يتناسب مع واقع الحال، وضعية الجسم في الموقف الاجتماعي والذي يعكس مدى الاهتمام بالآخرين مثل الميل باتجاه الشخص المتكلم، او ايماءات مثل عمل اشارة مع السلامة للآباء).

2- الفشل في تطوير علاقات صداقة كما يفعل أقرانهم الآخرون

3- قصــور فــي البحــث العفــوي لمشــاركة الاخرين والاهتمامات والتمتع والتحصــيل مــثل قصــور في العرض، والتقديم، والاشارة الى الأشياء الأخرى.

4- قصور في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية.

ب- إعاقة نوعية في التواصل: وتظهر في واحدة على الأقل مما يأتي:

1- تأخر أو غياب كلي للغة المنطوقة.

2- لغــة غــير مألوفــة او غير اعتيادية ومشتملة على تكرار لجمل محددة، وعكس الضمائر.

3- عدم مشاركة الاخرين لغتهم او تقليدهم بما يتناسب مع عمره .

---

(1) الزريقات، ابراهيم (2004) مصدر سابق، ص 129-130 .

4- قصور واضح في المبادرة او الاستمرارية في المحادثة الاجتماعية.

جـ- أنماط تكرارية ونمطية في السلوكات والاهتمامات والانشطة والتي تظهر في واحدة على الأقل مما يأتي

1- الانشغال بأنشطة أو ألعاب محددة والتقيد الاستحواذي بالأنشطة الروتينية والطقوسية.

2- حركات نمطية وتكرارية كالتلويح بالايدي وضرب الرأس

3- الانشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلا من اللعبة بكاملها) واستعمال غير اعتيادي او غير مألوف للأشياء.

ويفترض ان يظهر الطفل ست أو أكثر من (أ ، ب ، ج)

ثانياً: وظيفة متأخرة او شاذة في واحدة على الأقل مما يأتي

أ- التفاعل الاجتماعي

ب- اللغة كما هي مستخدمة في التواصل الاجتماعي

جـ- لعب رمزي او تخيلي

وتكاد لا تخرج جميع المقاييس عن ذلك الا أنه من اشكالية التشخيص ان اعراض التوحد تشترك مع اعاقات أخرى كالاعاقة العقلية وخاصة الشديدة، والاعاقة السمعية والاعاقة البصرية وصعوبات التعلم، واضطرابات اللغة والكلام.

وهذا مما حدا بكل من كيرغ وأريك وألموند (Kury, Arik and Almound, 1990) في الزريقات [1] الى تطوير قائمة سلوك التوحد والتي هدفت تمييز الأطفال المتوحدين عن غيرهم من ذوي الاعاقات الاخرى. تكونت هذه القائمة من (57) وصفا للسلوك موزعة على أبعاد خمسة هي

1- البعد الحسي

2- الارتباط

---

(1) الزريقات، ابراهيم (2004) مصدر سابق، ص 142 .

3- استعمال الجسم والأشياء

4- البعد الاجتماعي

5- اللغة

وقـــد استخدمت الملاحظة النظامية، والمقابلة، وقوائم الشطب، واختبارات الذكاء وغيرها في عملية الشخيص.

وعلى أية حال هناك عدة ادوات استخدمت في تشخيص التوحد من أشهرها :

- قائمة كريك ذات النقاط السبعة (Creak's Nine Points)

- قائمة شطب سلوك المتوحدين Checklist for Autism in Toddler

طوره سيمون بارون كوهين وزملاؤه Simon Baron Cohen and others, 1992 في جامعة كامبردج وهو مصمم للرضع في سن 18 شهر. تتكون القائمة من 14 سؤال للوالدين واطباء الطفل

- المقابلة التشخيصية للتوحد The Autism Diagnostic Interview

طورها روتر (Rutter, 1988) وليكوتر (Lecouter, 1989) الذي يعتمد ثلاثة جوانب هي اللغة والتواصل والتطور او النمو الاجتماعي واللعب.

- جـــدول الملاحظـــة التشخيصية للتوحد The Autism Diagnostic Observation Schedule

طـــوره لـــورد (Lord, 1989) وهي ملاحظة نظامية معيارية للسلوكات الاجتماعية والتواصلية والاضطرابات الاخرى

- قائمة تقدير السلوكات للأطفال المتوحدين وغير الاسوياء

Behaviour Rating Instrument for Autistic and other Atypical children

طورها روتنبرغ Ruttenberg, et al (1966, 1977)

علاج التوحد

تتعدد العلاجات بتعدد الاسباب التي أدت الى حالات التوحد لذلك فهناك عدة مداخل استخدمت مع حالات التوحد وهي:

1- المدخل الطبي Medical approach

لقــد أشـــار الادب في ميدان التوحد الى المشكلات الغذائية والهضمية التي تسبب اعراض التوحد فمثلا اديلسون (Edelson) [1] الذي أكد على النظرة الى اللب او الأسباب الداخلية التي تؤدي الى اعراض التوحد بأن من الأسباب التي تؤدي الى الـــتوحد المواد الكيميائية والمعادن الفلزية مثل الزئبق والرصاص، الزنك، والخلل الوظيفـــي في جهاز الكبد نتيجة التسمم وبذلك يكون الكبد غير قادر على تنقية الدم، او قد يسبب التسمم الى حساسية زائدة تضعف من الجهاز المناعي، او عدم التوازن في الكيمياء الحيوية في الجسم.

ان هـــذه الأســـباب المؤديـــة الى أعراض التوحد تجعل المدخل الطبي من المداخل الحيوية في علاج التوحد.

وقد أشار الباحث السابق الى فاعلية استخدام الفيتامينات وخاصة ب6 (B6) والكالســيوم، والمغنيسوم والاحماض الدهنية في زيت السمك او زيت بذور الكتان فـــي تحســـين الاطفال الذين يعانون من اعراض التوحد ، فقللت من القابلية للتهيج والاثارة الذاتية، وايذاء الذات، وتحسن في مستوى التركيز والانتباه واللغة والكلام.

وقـــد استخدم الميلاتونين (Melatonin) وهو هرمون عصبي منشط للمناعة ومضاد للاكسدة، وقد ساعد الأطفال التوحديين على النوم.

وقد استخدم كذلك هرمون السكرتين (Secretin) وهو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي الذي يساعد على عملية الهضم.

(1) Edelson, Stephen (2004) Conquering Autism, N.Y: Kensington Publishing Corp

2- المدخل السلوكي Behavioural Approach

لقـد اسـتخدم العلاج السلوكي بشكل كبير وخاصة مع الأسباب البيئية او الظروف البيئية المشجعة للاستعدادات الوراثية

ويعـد لوفـاس (Lovaas) استاذ الطب النفسي في جامعة كاليفورنيا والذي يديـر مركـزاً متخصصاً لدراسة وعلاج التوحد من الاعلام في هذا المجال الذي استخدم علاج التحليل السلوكي (Behaviour Analysis therapy)

نشـر لوفاس نتائج ابحاثه عام 1987 التي حققت نجاحاً كبيراً وخاصة مع الأطفال الصغار الذين تقل اعمارهم عن اربع سنوات، والتي شكلت نسبة 47% من عيـنة، وصـرح لوفـاس بأنك لو قابلت هؤلاء الأطفال الان الذين وصلوا مرحلة المـراهقة لا يمكن ان تعرف انهم كانوا يعانون من حالات التوحد [1] وقد اشارت الكاتـبة كاثرين موريس في كتابها "دعني اسمع صوتك" كيف تحقق الشفاء الكامل لطفليها اللذين كانا يعانيان من توحد شديد خلال معالجة لوفاس. تعتمد هذه الطريقة على الثواب والعقاب وبشكل خاص على نظرية الاشراط الاجرائي لسكنر.

يتطلـب البرنامج معرفة المثيرات السابقة والمثيرات اللاحقة بعد الاستجابة ثم تحدد سلوكات الطفل القوية او الضعيفة، ويتم تعزيز الطفل ايجابيا بعد كل سلوك جـيد، او ابـتعاده عـن السـلوك غير المرغوب فيه عن طريق معززات غذائية واجتماعـية. وعـندما يقـوم بسلوك سلبي يجري تعزيزه سلبياً بأشكال متعددة بما يتناسـب مع الطفل وسماته الشخصية كالنهر بقول (لا) او تجاهله، أو عدم اعطاءه ما يجب. ويمكن استخدام فنيات اخرى كالحث والتلاشي. يطبق هذا البرنامج بشكل مكثف بحيث لا يقل عن (40) ساعة اسبوعياً ولمدة غير محددة.

ويمكن استخدام اسلوب لعب الادوار الذي اشرنا اليه سابقا كأسلوب علاجي لحـالات التوحد. كما يمكن استخدام فنيات تعديل السلوك المعرفي الذي يعتمد على

(1) Edelson ، (2004) مصدر سابق

المراقبة الذاتية والتقييم الذاتي والضبط الذاتي وخاصة مع كبار السن كاستراتيجيات لتخفيض السلوكات الشائكة او تلك السلوكات غير المرغوبة اجتماعيا.

3- العلاج الحسي

يعـتمد العـلاج الحسـي علـى النظرية التي تقول ان الأطفال والبالغين المتوحدين لديهم جهاز حسي مختل وظيفيا. أي ان هناك خلل في الربط او التجانس بيـن الحـواس (البصـر والسمع والشم واللمس والذوق) والذي يؤدي الى ظهور اعراض التوحد.

فقد استخدم جاي بيرارد (Gay Berard) [1] طريقة التدريب بالدمج السمعي (Auditory Integration Training) التي تعتمد فلترة الترددات المحددة في الخريطة السـمعية الذي يقلل من ارتفاع الصوت الذي يؤدي كما يعتقد الى العدوان، واعاقة تفاعل الاطفال مع الآخرين، واعاقة قدرتهم لحضور المواقف التعليمية.

تكـون فـترة العـلاج عادة عشر ساعات لمدة اسبوعين، وتتوقف جميع النشاطات العلاجية او التعليمية الأخرى خلال هذه الفترة.

وقد اجرى ريملاند وادلسون (Rimland and Edelson, 1995) [2] اول تقويم للتدريب بالدمج السمعي على عينة متكونة من (18) فرداً مصابين بالتوحد تتراوح أعمارهم ما بين (4-21) سنة في مجموعة زوجية على أساس

أ- العمر

ب- الجنس

جـ- تاريخ اصابات الاذن

(1) الزريقات، ابراهيم (2004) مصدر سابق، ص 302 .

(2) المصدر السابق نفسه، ص 302 .

د- ندرة المشكلات المتعلقة بفرط الحساسية كما افترضها أباؤهم. تلقى طفل من كل اثنين وبأختيار عشوائي التدريب بالدمج السمعي (موسيقى معالجة)، بينما تلقى الثاني معالجة وهمية.

اظهرت النتائج تحسن المجموعة التي عولجت بالتدريب الدمج السمعي بشكل افضل مـــن المجموعـــة الأخرى إذ لاحظ الآباء انخفاضا في تكرارية السلوكات (النشاط الزائد، العصبية) كما تحسن انتباههم.

كمــا اســتخدمت فلترة الاثارة البصرية كما اشار المصدر السابق كاسلوب علاجي لتخفيف أعراض التوحد، واشارت دونا ويليامز (Donna Williams) الى ان ارتداء نظارات مظللة منعت الضوء الساطع مما ساعد على التركيز، وضبط الهدف نحو المعرفة.

وقـــد اســتخدم كذلك طريقة الدمج الحسي (Sensory Integration therapy) وتعمـــل هـــذه الطـــريقة الحســـية الحركية وفقاً لمبدأ استثارة جلد الطفل وجهازه الدهليزي، وهذه الاثارة تتكون من نشاطاته كالتأرجح في ارجوحة معلقة في السقف والـــدوران علـــى كرسي مخصص لذلك. ويشغل الاطفال بحركات جسمية تتطلب توازنا.

وبالرغم من ان مبتكري هذه الطرق ذكروا فاعليتها في التقليل من السلوك التوحدي لكـــن لا يمكن ان نسلم بها بشكل مطلقاً اذ تحتاج الى مزيد من الدراسات وبعينات اكبر وبضبط تجريبي لكي نتحقق من فاعليتها حقيقة.

4- المدخل النفسي Psychological Approach

يعـــد المدخـــل النفســـي مـــن العلاجات التقليدية المتبعة مع الاضطرابات الانفعالية والتوحد. واشرنا سابقا كيف يتم معالجة الاضطرابات الانفعالية عن طريق اللعب او الفن باشكاله والذي يركز على التنفيس عن الارهاصات والانات الداخلية. يحث الطفل على المشاركة في اللعب وخاصة الذي يرغبه ليستطيع ان يعبر وينفس عـــن ذاتـــه، وقـــد يـــبعده اللعب عما يشغل تفكيره السلبي، وقد يتخلص من توتره

وصـــراعاته الداخلية. والدراما النفسية (Psychodrama) هي احد الأساليب العلاجية التي يمكن ان يستخدم مع الأطفال المتوحدين.

والعـــلاج من خلال البيئة (Milieu Therapy) احد المداخل العلاجية التي يمكن ان تستخدم مع المتوحدين وسبق أن أشرنا اليها في علاج الاضطرابات الانفعالية.

8

الفصل الثامن
اضطرابات اللغة والكلام

- مقدمة
- مفهوم اضطرابات اللغة والكلام
- نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام
- مراحل التطور اللغوي للطفل
- العوامل المؤثرة في التطور اللغوي
- تصنيف اضطرابات اللغة
- أسباب اضطرابات النطق والكلام
- قياس وتشخيص اضطرابات النطق والكلام
- التدخل العلاجي لاضطرابات النطق والكلام

اضطرابات اللغة والكلام

مقدمة

تعد اللغة الوسيلة الأساسية للتواصل، والتعبير عن الذات فهي مصدر أساسي لثقافة الامة على اعتبار ان اللغة هي نظام من الرموز متفق عليه في ثقافة معينة وفق تنظيم وضبط وقواعد، فنحن نستطيع ان نتعرف على ثراث وثقافة الامة من خلال اللغة لانها انعكاس لها. فهي مهمة جداً في الجانب الفكري والاجتماعي والانفعالي.

وهناك علاقة وثيقة جداً بين اللغة والتفكير حيث عدت وجهان لعملة واحدة لذلك هناك من يرى ان التفكير لغة صامتة. فهي تجسد وجودية الانسان فهذا ديكارت يقول أنا افكر إذن انا موجود.

يرى فيكوفسكي كما جاء في الحمداني [1] ان اللغة والتفكير ينبعان من جذرين مختلفين لكنهما يتوحدان لدى نمو الطفل. ويمكن القول ان العلاقة بينهما عضوية ديناميكية لا يمكن الفصل بينهما فلا يكون هناك تفكير بلا لغة ولا لغة بلا تفكير. فالتفكير هو كلام غير ظاهر داخل الفرد أو حديث باطني، والكلام هو تفكير ظاهري.

ان الانسان كائن اجتماعي، والتواصل اللغوي هو دليل وجوده، ولا يمكن العيش بدونه. ان التواصل لا يقتصر على الإنسان فقط إذ يكون هناك تواصل بين الحيوانات عن طريق الصوت أو الحركة، ان اللغة كلمة فضفاضة واسعة ينطوي تحت إطارها اللغة المنطوقة، والمكتوبة، ولغة الاشارة، ولغة برايل، ولغة ابجدية الاصابع، ولغة العيون، والاشارات والايماءات والتلميحات، وكل المسميات التي

(1) الحمداني، موفق (1982) اللغة وعلم النفس، العراق، الموصل: دار الكتب للنشر.

نراها هي بمثابة لغة فالكتاب والسيارة والمذياع والكرسي والقلم والباب والمقعد وغيرها هي لغة.

ان الله عز وجل كرم الإنسان باللغة المنطوقة "وعلم الانسان الاسماء كلها، فهي خاصية انسانية فضل بها خليفته على الأرض وقد يتعرض الافراد الى اضطرابات اللغة والكلام.

مفهوم اضطراب اللغة والكلام

ان عملية التواصل تتطلب ارسال رسالة واضحة واستقبال سليم فهي عملية تفاعل بين فرد أو آخر أو مجموعة، أو بين مجموعتين واذا حدث خلل في ذلك فسيؤول الى عدم وضوح الرسالة، وقد يجد المتلقي عناء في فهم المقصود، وقد لا تستلم كما هي بشكل كامل.

قد يحدث التواصل بلا لغة منطوقة كالاشارات والايماءات والحركات والعيون، ولغة اشارة، ولغة برايل. اما التواصل باللغة المنطوقة فيفترض أن تكون الرسالة مفهومة من خلال ارسالها بلغة سليمة. وقد يحدث الخلل في اللغة التعبيرية (Expressive Language) ، وتمثل اللغة المنطوقة والمكتوبة (التعبير الشفوي والكتابي)، واللغة الاستقبالية (Receptive Language) وهي اللغة غير المنطوقة فالطفل في بداية عمره يستجيب الى المثيرات التي يراها ويسمعها فمثلا يدير رأسه نحو مصدر الصوت، وبعدها يستجيب لما يطلب منه، وقد يلتزم بالتعليمات التي تصدر إليه وغيرها كثير .

ولابد من التفريق بين اضطرابات اللغة واضطراب الكلام فالأولى هي مشاكل الفهم واستخدام اللغة للتواصل مع الآخر سواء كانت هذه اللغة منطوقة او مكتوبة والمتعلقة بالاصوات، التراكيب، النمط (القواعد)، المعاني، والسلوك اللفظي (الذي يعد شكلا من اشكال التواصل) في السياق الاجتماعي والذي يطلق عليه Pragmatics .

أما اضطرابات الكلام فهي اضطرابات انتاج الكلام والتي تتضمن اضطرابات النطق، اضطرابات الصوت، اضطرابات انسيابية الكلام (الطلاقة) (Stuttering)

نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام

من الصعوبة تحديد نسبة إنتشار هذه الاضطرابات بدقة لانها كثيراً ما تحدث مرافقة لاعاقات أخرى كالاعاقة العقلية واصابة الدماغ، والتوحد، وصعوبات التعلم. والجدول الآتي يوضح العوامل المرتبطة باضطراب اللغة في مرحلة الطفولة.

جدول (8) يوضح الاسباب المرتبطة بالاضطرابات اللغوية في مرحلة الطفولة[1]

1- العوامل المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي Central factors مثل (الدماغ) تلف او قصور في الاداء الوظيفي	أ- عجز لغوي خاص ب- التخلف العقلي جـ- التوحد د- نقص الانتباه المرتبط بالنشاط الزائد المضطرب هـ- اصابة الدماغ المكتسب (البيئي) و- عوامل أخرى.
2- العوامل المرتبطة بالجهاز العصبي المحيطي Peripheral factors	أ- الاعاقة السمعية ب- الاعاقة البصرية جـ- الاصم وكف البصر د- الاعاقة الجسدية
3- العوامل الانفعالية والبيئية Environmental and Emotional factors	أ- الاساءة والاهمال ب- مشكلات التطور الانفعالي والسلوكي
4- الاعاقات المختلطة التي يمكن تتكون من العوامل الثلاثة السابقة (Mixed factors)	

(1) Nelson, N. W. (1998) Childhood Language Disorders in Context : Infancy Through Adolescence (2nd ed) U.S.A : Allyn and Bacon.

وقد تختلف نسبة انتشار الاضطرابات وفقا للغة او الكلام فيشير التقدير[1] الى ان 10-15% من الأطفال ما قبل المدرسة و6% من المتعلمين في المرحلة الابتدائية والثانوية لديهم اضطرابات كلام، وحوالي 2-3% من اطفال ما قبل المدرسة و1% من اعمار المدرسة لديهم اضطرابات في اللغة. يتطلب فهم اضطرابات اللغة والكلام معرفة التطور اللغوي الطبيعي (العادي).

مراحل التطور اللغوي للطفل

ويبدأ الطفل من يومه الأول اكتساب اللغة، اضافة الى التطور الذي يحدث في الجانب العقلي والاجتماعي والنفسي، ويكون هناك تدرج طبيعي من السهل الى الصعب في أمور كثيرة، ومن بينها اللغة حيث يكتسب الطفل الاصوات الشفوية، فأول الالفاظ التي يتعلمها الطفل بابا، ماما، والياء والميم حروف شفوية ثم يتعلم الاصوات الحلقية.

أما مراحل النمو اللغوي للطفل فهي:

1- مرحلة الاصوات الانعكاسية ويمكن تسميتها مرحلة ما قبل اللغة

والتي تبدأ من صرخة الميلاد والاصوات الانعكاسية كرد فعل للمثيرات التي يراها الطفل، والبكاء الذي يعد لغة التواصل بين الرضيع وأمه لايصال رسالة الى الام، وتكون هذه الرسالة لاعلامها بجوعه، أو ما يشعر به من ألم وقد يكون مرضاً او لابتعادها عنه، أو لعدم ارتياحه لبرازه وتبوله على نفسه. ولابد من الاشارة الى ان هذه الأصوات هي نشاط خوفي يؤثر بشكل ايجابي في النمو اللغوي.

(1) Matthews, J., and Frattali, C. (1994) The Professions of speech language pathology and audiology. In G. H. Shames, E. H. Wiig, and W.A. Secord (Eds) Humman Communication Disorders: An Introduction. (4th ed). NewYork: Macmillan.

2- مرحلة المناغاة Babbling stage

وهي المرحلة التي يستطيع فيها الطفل ان يظهر انفعالاته من سرور وفرح عن طريق الهديل والضحك او الصراخ الذي يعبر فيه عن الغضب واللارتياح ثم تبدأ البأبأة هو إخراج صوت با أو ما لمرة واحدة، ثم تتدرج بمرور الوقت لتكون مكررة بابابا ، ماماما، دادادا

3- مرحلة التقليد (او قد تسمى مرحلة الثغثغة)

وهي تبدأ من الشهر التاسع من عمر الطفل حيث يقلد الطفل الأصوات ولكنه تقليد غير دقيق تتخلله الاخطاء كالابدال والتشويه والتحريف.

4- مرحلة النطق والكلام

وهي المرحلة التي يبدأ الطفل فيها بنطق الكلمات بشكل قصدي، وتزداد الثروة اللغوية له. فالسنة الاولى تعد مرحلة الكلمة الواحدة إذ يستطيع ان ينطق كلمة واحدة لتدل على جملة فمثلا يقول سوق أي ذهب ابي الى السوق. أما السنة الثانية فهي مرحلة الكلمتين إذ يصدر الطفل كلمتين لتدل على جملة متكونة اكثر من ثلاثة كلمات وفي السنة الثالثة يمكن ان يصدر ثلاثة كلمات أو أكثر.

وفما يلي جدول يوضح تطور اللغة عبر المراحل العمرية المختلفة.

جدول (9) يوضح تطور اللغة عبر المراحل العمرية المختلفة

العمر	التطور اللغوي
منذ الولادة	البكاء ، الصراخ
اسبوعان	يصدر اصواتاً غير مفهومة
4-6 أسابيع	اصوات غير قصدية، البكاء يرتبط بحاجاته
2-4 أشهر	التعبير الانفعالي بالمناغاة للدلالة على الفرح والصراخ للدلالة على اللاراحة والانزعاج ويصدر مقاطع صوتية، با، ما، دا
4-7 أشهر	في بداية هذه المرحلة يكرر البأباة، بابابا، ماماما، دادادا يصدر اصواتا متنوعة، ويصل به الامر الى اصدار اصوات لغرض ما أي قصدية.
7-10 أشهر	اصدار اصوات اكثر تطورا من المرحلة السابقة من حيث الشدة والنغمة والزمن، يقلد الاصوات التي يناغيها، ويبدأ في نهاية هذه المرحلة بفهم الكلمات.
11-13 شهر	تدرج من الكلمة غير الواضحة الى كلمة تدل على جملة فمثلا يقول الطفل شغل وتعني "ان والدي ذهب الى الشغل"
18 شهر	تزداد الكلمات التي تمثل ذخيرة الطفل الى 50 كلمة
18-24 شهر	تزداد الكلمات التي تمثل ذخيرة الطفل لتصبح اكثر من مائة، ويقترب من اصدار كلمتين لتمثل جملة.
24-36 شهر	يصدر الطفل في بداية هذه المرحلة كلمتين لتدل على جملة كاملة، وتزداد ذخيرته اللغوية في نهاية هذه المرحلة لتصل الى 500 كلمة مستخدماً جملة تتكون من ثلاث الى اربع كلمات تكون شبيه باللغة التلغرافية بلا حروف جر أو ضمائر
36-48 شهر	الكلام بمواقف التفاعل الاجتماعي ويبدأ استخدام الضمائر تزداد ثروته اللغوية لتصل الى 1500
48-60 شهر	فهم كلام الكبار والاستجابة ويمكنه ان يستخدم جملتين صغيرتين مثل اخرج واغلق الباب، أو خذ القلم وضعه في الحقيبة، يستخدم اللغة في اللعب

ان التطور الذي أشرنا اليه في الجدول السابق ليس حالة مطلقة، وانما قد يتأثر بمتغيرات كثيرة منها تتعلق بالطفل نفسه من حيث السلامة الجسدية والعقلية والحسية، والمتعلقة بالبيئة وخاصة الاسرية، المستوى الثقافي للآباء، الوضع الاجتماعي الاقتصادي، الظروف الصحية المتعلقة بالانسجام الوالدي بعيداً عن المشاحنات والوان الخصام والطلاق، التغذية الجيدة، وما يستلم من دفع وتعزيز اضافة الى التغذية الراجعة. لذلك فان الطفل ذا الاضطرابات اللغوية يختلف في تطوره اللغوي عن الطفل العادي أياً كان سببه ويمكن تلخيص الفروق بين الطفل الذي ينمو بشكل طبيعي والطفل الذي لا ينمو لغوياً بشكل طبيعي من خلال الجدول التالي.

جدول (10) يبين التطور اللغوي الطبيعي والطفل ذو الاضطرابات اللغوية (1)

الطفل ذو التطور اللغوي الطبيعي			الطفل ذو الاضطرابات اللغوية		
العمر	الانجاز	الامثلة	العمر	الانجاز	الامثلة
13 شهر	الكلمة الاولى	هنا، ماما، زيد باي باي	27 شهر	الكلمة الاولى	هذا، ماما، باي باي، ربى
17 شهر	تصل ذخيرته اللغوية الى 50 كلمة		38 شهر	تصل ذخيرته اللغوية الى 50 كلمة	
18 شهر	مرحلة ربط الكلمتين الاولى	عصير اكثر، هنا الكرة TV، اكثر، ميس هنا	40 شهر	مرحلة ربط الكلمتين	هذه ربى، تفاح اكثر، هذه ماما، لعب اكثر
22 شهر	المرحلة المتأخرة لربط الكلمتين (اكثر نضجا)	حذاء أحمد، خاتم ماما، كأس طحين، مفاتيح الكرسي	48 شهر	مرحلة المتأخرة لربط الكلمتين اكثر نضجاً	محفظة مامي، معطف بابا، كرسي حلو، مائدة العاب
24 شهر	كلمتان تكون جملة ذات معنى	أحمد نائم، سحر تأكل	52 شهر	كلمات تكون جملة ذات معنى	ماما تأكل، أخي صاح
30 شهر	ثلاث كلمات تكون جملة ذات معنى	غادرت سيارتي	63 شهر	ثلاث كلمات تكون جملة ذات معنى	
37 شهر	اربع كلمات تكون جملة ذات معنى أول ظهور للطلبات المباشرة	هل يمكن آخذ بعض الكيك	66 شهر	اول ظهور للطفل المساعد (is)	The doggie is mad دوجي مجنونة
			73 شهر	اربع كلمات تكون ذات معنى	
40 شهر	اربع كلمات ونصف تكون جملة ذات معنى		79 شهر	اربع كلمات تكون جملة ذات معنى واول ظهور للطلبات المباشرة	هل يمكن آخذ الكرة

(1) Leonard, L (1994) Language in preschool children in G. H. Shames, E. H. Wiig and W.A. Secord. Humman Communication Disorders. U.S.A. Allyn and Bacon.

العوامل المؤثرة في التطور اللغوي للطفل

هنالك عوامل كثيرة تؤثر في التطور اللغوي للطفل وهي:

1- وضع الطفل نفسه هل هو سليم من الناحية الجسمية والصحية والحسية، فالقصور في السمع والبصر، واعتلال الصحة، والخلل في أجهزة النطق والصوت والرنين فعلى سبيل المثال ان العيوب التي تحدث في اللسان والاسنان او سقف الحلق (الفتحة) او الشفاه (الشفة المشرومة) او التهاب الحنجرة او شلل الاحبال الصوتية تؤثر بشكل كبير في النمو الطبيعي للغة الطفل .

2- الحالة الانفعالية: ان سوء التوافق الانفعالي يؤثر في الطفل بشكل عام واكتساب اللغة بشكل خاص، وقد تكون نتيجة لاسباب وراثية، او عوامل التنشئة فالصدمات والانكسارات النفسية تؤثر سلباً في اكتساب اللغة، لذلك تعد من الأسباب التي تؤدي الى اللجلجة واللعثمة.

3- الظروف الاسرية: ان للظروف الاسرية دوراً مؤثراً في التطور اللغوي وهي كثيرة جداً كأساليب التربية الوالدية، المستوى الثقافي للوالدين، الحالة الاجتماعية والاقتصادية (هل تستطيع الاسرة ان توفر اللعب التي تعد الوسيلة الاولى لتعلم الطفل لمرحلة ما قبل المدرسة والتي تتناسب مع عمره الزمني والعقلي) إذ هي تمثل اولا لغة، كما انه قد يحاكيها، كذلك حجم الاسرة، الترتيب الميلادي للطفل.

4- الجنس: وقد يعود ذلك الى عوامل بيولوجية إذ تشير الدراسات ان البنات أسرع نضجاً من الاولاد اذ يقدر تعظم المراكز العظمية والنمو العصبي لدى الاناث اسرع من مثيلاتها لدى الذكور بمدة تتراوح بين 3-6 أسابيع، وقد يصل هذا الفرق في النضج الى سنتين. [1]

(1) الوقفي، راضي (2003) صعوبات التعلم النظري والتطبيقي. عمان، منشورات كلية الأميرة ثروت.

وقد يكون أداء النصف الايسر من الدماغ المسؤول عن اللغة اكثر نشاط عند البنات منه عند الذكور، فمنطقة بروكا هي التي تلعب دوراً جوهرياً في تشكيل وبناء الكلمات والجمل، إذ هي المركز المسؤول عن تنظيم أنماط النطق، ولهذه الوظيفة علاقة بقرب هذا المركز من منطقة التحكم بعضلات الوجه والفك واللسان والحنجرة في القشرة الدماغية.

وكذلك هو المسؤول عن شكل الأفعال وانتقاء الكلمات الوظيفية [1] واضيف الى ما سبق ذكره ان البنت غالباً ما تكون قريبة من الام بينما يكون الولد بعيداً عنها، لذلك فهي تستلم من اللغة الشيء الكثير فهي تصاحب امها اينما ذهبت، وهذا قد يساعد في نموها اللغوي.

5- القدرات العقلية: ان اللغة نشاط عقلي معرفي لذلك فان الاطفال الاكثر ذكاء اكثر قدرة على اكتساب اللغة وقد وضحنا في الجدول السابق بين التطور الطبيعي للنمو اللغوي للفرد الاعتيادي والآخر الذي يتميز باضطرابات اللغة الفرق بين الحالتين، فالطفل المعاق عقليا لا يتعلم الكلمة الأولى التي تمثل جملة في نهاية السنة الاولى إذ تتأخر احيانا الى السنة الثانية او الثالثة او الرابعة، حسب درجة الاعاقة العقلية.

6- النموذج الصحي للتعلم: ان وجود النموذج الذي يحتذى سواءً في البيت او المدرسة له تأثير كبير في نمو الطفل اللغوي، فهذا النموذج يراعي قدرة الطفل العقلية والنفسية والاجتماعية في اختيار ما هو مرغوب فيه بالنسبة للطفل اضافة الى استخدامه التعزيز والتغذية الراجعة التي تدفع الطفل لاستغلال طاقاته وكوامنه الى أقصاها، وقد تكون هذه النقطة مرتبطة بدرجة وعي واتفاق القائمين على تربية الطفل.

---

(1) السرطاوي، عبد العزيز، أبو جودة، وائل موسي (2000) اضطرابات اللغة والكلام، اكاديمية التربية الخاصة، الرياض، السعودية.

تصنيف اضطرابات اللغة

هنالك عدة تصنيفات استخدمت لاضطرابات اللغة هي:

أولاً: التصنيف الذي يعتمد بناء وشكل ومعنى الكلمات ويتضمن

أ- الاصوات (Phonology) وهو كيف يشكل الصوت الكلمات، وقد تختلف الاصوات وفق اللغات واللهجات، فالأصوات هي تميز لفظة عن أخرى

ب- التركيب (Morphology): وهو كيف تبنى الكلمات من خلال الاضافة او الحذف لتغير المعنى فهناك فرق بين قلم واقلام، وبين خرج واستخرج، وبين كتب ويكتب.

جـ- النحو (Syntax) : وهي قواعد اللغة التي تعطي الجملة معناها فيرفع الذي يقوم بالفعل، وينصب الذي يقع عليه الفعل فهناك فرق شاسع بين "إنما يخشى اللهَ من عبادة العلماءُ وانما يخشى اللهُ من عبادة العلماءَ. ففي الأول خصص العلماء بخشيتهم من الله لانهم اكثر استخداما للعقل، ونحن ادركنا الله من خلال العقل ففيها تخصيص، بينما الثانية تقلب الأمور رأساً على عقب لانها تعني ان الله يخاف من العلماء، وهو ليس بصحيح والأصوات والتركيب والنحو يشكلون شكل اللغة.

د- المعاني (Semantics) وهو المعنى الذي تؤديه الكلمة أو الجملة فهناك فرق بين ذهب محمد الى السوق، وذهب محمد الى ما ذهب اليه اخوه ففي الاولى تعني الذهاب اما الثاني فتعنى الموافقة وتعني محتوى اللغة.

هـ- اللغة الاجتماعية (Pragmatic) او وظيفة اللغة اجتماعياً وهو كيف يستخدم الفرد اللغة وفق السياق الاجتماعي أي تتلائم مع الموقف الذي يعيشه الفرد .

ان التكامل اللغوي الصحيح يتطلب شكلاً ومحتوى ووظيفة صحيحا، وقد يحدث الاضطراب اذا حدث خلل في واحدة أو اكثر من النقاط الخمسة الانفة الذكر.

ثانياً: التصنيف الذي يعتمد الاعاقات التي ترتبط باضطراب اللغة والتي تؤثر سلباً في الادراك والانتباه واستخدام الرموز وقواعد استخدام اللغة، والقدرة العقلية الكلية، والتفاعل الاجتماعي المرتبط بالتواصل. والجدول الآتي يوضح ذلك

جدول (11) يوضح متطلبات تعلم اللغة وصعوبات الأطفال المعاقين لغوياً [1]

المتطلبات	الاعاقات اللغوية						
	الاعاقة العقلية	صعوبة تعلم اللغة	الاعاقة اللغوية الخاصة	التوحد	اصابات الدماغ الشديدة	تأخر اللغة التعبيرية	الاهمال والاساءة
الادراك	×	×	×	×	×		
الانتباه		×		×	×		
استخدام الرموز	×	×	×	×	×	×	×
قواعد استخدام اللغة	×	×	×	×	×	×	
القدرة العقلية الكلية	×		×		×		×
التفاعل الاجتماعي المرتبطة بالتواصل				×			

اشارة (×) تعني ان المشكلة في تعلم اللغة واستخدامها

ان الاعاقة اللغوية الخاصة ليس لها سبباً واضحاً، ولا تعزى كذلك الى الاعاقة السمعية او الاعاقة العقلية ولا الى مشاكل ادراكية التي تسبب صعوبات تعلم اللغة وقد تحدد من خلال أسباب مقبولة بشكل استثنائي اكثر من كونها مجموعة خصائص محددة لذلك فهي مثيرة للنقاش.

أما القصور في اللغة التعبيرية فهو تأخر كبير اذ لا يتجاوز عدد كلماته عن (50) كلمة ولا يستطيع ان يتفوه بكلمتين وهو بعمر سنتين [2]

(1) Owens, R. E. (1995) Language Disorders: A Functional Approach to Assessment and Intervention, (2nd ed) U.S.A.: Allyn and Bacon.

(2) Hallahan and Kauffman مصدر سابق P. 271.

ثالثاً: تصنيف اضطرابات النطق والكلام على أساس السلوك

وهذا التصنيف هو الاكثر شيوعا ويتضمن :

أ- اضطرابات النطق Articulation Disorders وتشمل المظاهر الآتية :

1- الحذف (Omission)

وهو ان يحذف الطفل حرفاً او اكثر من الكلمة بحيث تصبح غير مفهومة تماماً للمستقبل وحتى الى المقربين له في بداية الأمر. فمثلاً ينطق كلمة باك بدلا من شباك، وفاحة بدلا من تفاحة ويشير الشخص [1] في هذا الصدد الى ان الاطفال الذين يعانون من الحذف يتصفون بما يلي:

أ- إن كلامهم يتميز بعدم النضج او الكلام الطفلي (Childish speech). وتشير الدراسات الى ان الحذف من اضطرابات النطق الحادة سواء بالنسبة لفهم الكلام او التشخيص وكلما زاد الحذف في كلام الطفل صعب فهمه.

ب- غالباً ما يقل الحذف في كلام الطفل مع تقدمه في العمر، ومع ذلك فقد يظهر لدى الكبار ممن يعانون من التوتر الشديد، أو اولئك الذي يتحدثون بسرعة كبيرة.

جـ- غالباً يميل الأطفال الى حذف بعض اصوات الحروف بمعدل أكبر من الحروف الأخرى، فضلاً ان الحذف يحدث في مواضع معينة من الكلمات، فقد يحذف الاطفال اصوات ج، ش، ف اذا جاءت في أول الكلمة أو في آخرها، بينما ينطقها إذا أتت في وسط الجملة.

2- التحريف (التشويه) (Distortion)

أي انحراف الصوت عن الصوت العادي المألوف فهو قريب من الصوت المألوف لكنه لا يحققه حقيقة، وقد يكون ذلك لعيوب في اجهزة النطق مثل الاسنان او الشفاه او يكون اللسان ليس في وضعه السليم. فكلمة طوبة تنطق توبة.

(1) الشخص، عبد العزيز (1997) مصدر سابق .

ان انحراف وضع الاسنان، او تساقط الاسنان على جانبي الفك السفلي يؤدي الى خروج الهواء من جانبي الفك وبالتالي يؤثر بشكل أساسي في نطق حرفي س، ز . وقد ينتشر التحريف في الطفولة المتأخرة اكثر من الطفولة المبكرة وبين الراشدين اكثر من صغار السن.

3- الابدال (Substitution)

هو ابدال صوت لغوي بآخر وخاصة في المراحل الأولى حيث ينطقون الحرف الذي يستطيعون نطقه بدلاً من الحرف المطلوب، واكثر الحروف التي يجري الابدال فيها هي س ، ص ، ز ، ل ، ر ، ذ ، ظ ، ف ، د . مثل دبنة بدلاً من جبنة، لحلة بدلاً من رحلة.

د- الاضافة (Addition)

وهو إضافة صوت الى الكلمة مثل كلما خبزات بدلا من خبز، أو هــ بابا.
ولابد من الاشارة ان هذه الاضطرابات جميعاً قد تكون طبيعية قبل مرحلة المدرسة لانها تزول بمرور الوقت، ولكن بعد دخول الطفل المدرسة وبقاء هذه الاضطرابات فلابد من عرضه على المختصين لمعرفة السبب او الأسباب التي أدت الى ذلك ومحاولة علاجها.

ب- اضطرابات الصوت Voice Disorders

يحكم على الصوت بانه مضطرب اذا كان ارتفاعه وانخفاضه غير طبيعي، او كانت شدته او نوعيته غير طبيعية اذ يمكن الحكم على اضطراب الصوت من خلال

1- طبقة الصوت (Pitch)

من حيث الارتفاع والانخفاض فاذا كان الطفل يتصف بارتفاع الصوت بشكل غير عادي ولا يتناسب مع عمره، فهو صوت غير طبيعي كذلك الحال اذا كان الصوت منخفضاً "همسياً" او قد لا يستطيع الفرد التحكم بصوته بحيث يكون

على وتيرة واحدة. تتأثر طبقة الصوت بطول الاحبال الصوتية وسمكها ودرجة توترها (شدتها) اضافة الى حجم الهواء الخارج من فتحة المزمار[1]

أما أهم الاسباب المؤدية الى اضطراب طبقة الصوت هو الخلل الهرموني، وتأخر البلوغ الجنسي، وعيوب الحنجرة، وقد يكون وظيفيا من خلال تعليم الجنس الاخر، او الانفعالات التي يمر بها الفرد .

2- ارتفاع الصوت Loudness

ان الارتفاع او الانخفاض غير العادي لما يتطلبه واقع الحال يشكل مظهراً من اضطراب الصوت. يتأثر شدة الصوت بدرجة شدة الاحبال الصوتية، ومقدار ومعدل انسياب هواء الزفير.

3- نوعية الصوت Quality

ان نوعية الصوت الطبيعي هو الصوت الذي يخلو من الهمس والبحة والخشونة والخمخمة.

ويقسم اضطراب نوعية الصوت إلى:

أ- اضطراب نغمة الصوت Tone حيث تكون نغمة الصوت مضطربة اذا كانت تتميز بالخشونة او الهمس أو البحة.

ب- اضطرابات رنين الصوت (Resonance) يكون رنين الصوت مضطرباً اذا اتصف بالخمخمة (الصوت الانفي) وقد يرتبط ذلك بشكل أساسي بشق الحلق (Cleft plate) ، أو حالات انسداد الانف.

جـ- إضطرابات طلاقة أو إنسيابية الكلام (التأتأة واللجلجة)

هو اضطراب في الايقاع او التواتر في طلاقة الحديث، وذلك بحبسه بشكل متقطع، او تكرار تشنجي، او مط للأصوات، أو تكرار المقاطع اللفظية أو الكلمات او العبارات. ومن مظاهر هذا الاضطراب التوقف اثناء الكلام، وجود مقحمات او

(1) الشخص، عبد العزيز (1997) مصدر سابق، ص 272 .

معترضات مثل (أم) أو (آآ) أو أن وما شابه ذلك، تكرار الصوت المنفرد، تكرار المقاطع الصوتية، تكرار الكلمات، تكرار الجمل، اطالة اصوات الحروف، الكلام بسرعة.

وفي هذا الصدد فقد اشار بيركينز (Perkins) في الشخص [1] الى المظاهر الخمسة للكلام العادي من حيث الطلاقة وهي:

1- التتابع (Sequence) ترتيب الاصوات كي تخرج في صورة كلمات ذات معنى.

2- المدى (Duration) الفترة الزمنية التي يستغرقها أي صوت كي يتم نطقة بصورة صحيحة.

3- المعدل (Rate) السرعة التي ينطق فيها الفرد اصوات حروف الكلام في سياق متتابع.

4- الايقاع (Rhythm) نطق الاصوات في أنساق منتظمة ومتناغمة.

5- الطلاقة (Fluency) درجة السهولة التي تنساب بها اصوات حروف الكلام عند الحديث المستمر.

وتؤثر اللجلجة في الفرد حيث تظهر

أ- عوارض ظاهرية مثل:

- الحركات العضلية: رفع اليد، رفس الرجل، مط الشفتين
- مقاطع كلامية دخيلة أم ، شايف ، يعني
- تغيرات في نبرة الصوت
- تغيرات في الجلد احمرار وتعرق اليدين

ب- تغيرات فسيولوجية

- حركات تنفسية غير متناسقة
- حركات عين غير عادية

(1) الشخص، عبد العزيز (1997) مصدر سابق، ص 275

- تسارع في دقات القلب
- رجفة اليد
- التعرق اثناء الكلام
- بذل جهد اثناء الكلام
- هبوط نسبة السكر والبروتين
- افراز الادرنالين في البول

أما اسباب اللجلجة فتكون اما عضوية تتعلق بالأجهزة العصبية، والنطق والتنفس، والحنجرة، أو نفسية، أو قد تكون متعلمة وفق المدخل السلوكي.

ولابد من الاشارة الى الاعتقاد الخاطئ الذي يقول ان اللجلجة بشكل رئيسي اضطراب الناس الذين يتصفون بقدرات عقلية عالية، والطفل المتلجلج سيكون راشداً متلجلجا وهذا كلام غير صحيح، لان اللجلجة يمكن ان تحدث لكل مستويات القدرات العقلية، وبعض الاطفال المتجلجلين يمكن ان يكونوا كذلك لكن معظم حالات اللجلجة تتوقف قبل مرحلة المراهقة او اثناءها ويتعرض له الاولاد اكثر من الاناث. (1)

أسباب اضطرابات النطق والكلام

تتعدد أسباب اضطرابات النطق والكلام سواء تعلقت بمرحلة الاستقبال او مرحلة المعالجة او مرحلة الأرسال (ممارسة الكلام) أما أهم الاسباب المؤدية الى اضطرابات النطق والكلام هي:

أولاً: العوامل البيئية

ان أحد الاسباب المؤدية الى الفروق بين الأطفال سواء في اضطرابات النطق والكلام او بقية الاعاقات الاخرى ترجع الى المتغيرات البيئية التي يعيشها الطفل وخاصة في السنوات الخمس الاولى التي تشكل الملامح الأساسية لما سيكون

(1) Hallahan and Kauffman ، مصدر سابق، ص 265 .

عليه الطفل مستقبلاً. فهناك من يعيش في بيئة تعسة بكل جوانبها، وهناك من يعيش في بيئة صحية غنية.

ولا يمكن ان تكون الانطلاقة للقدرات والاستعدادات واحدة لكلتا البيئتين فأساليب التربية الواعية الصحية والعلاقة المثمرة المتفاعلة بين الآباء ستفرز بظلالها الايجابي على الابناء، كذلك حجم الاسرة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، والمستوى الثقافي للوالدين الذي يوفر النموذج الذي يحتذى، ويقدر أهمية اللغة في حياة الفرد والعلاقة بين اللغة والتفكير، والعلاقة بين التطور اللغوي والتطور الذهني، وأهمية الالعاب في تعلم الطفل المرتبط بشكل أساسي بالجانب الاقتصادي فهذه المتغيرات في غاية الأهمية في استثارة الطفل ورفع دافعيته للنمو اللغوي السليم، ويمكن ان يتكيف عن كل متغير من هذه المتغيرات التي لها تأثير كبير في تنشئة الطفل.

إن المدخل السلوكي يرى ان السلوك سواء كان سوياً أو غير سوي متعلم، فقد تحدث اضطرابات النطق والكلام عن طريق التقليد ومن خلال انماط الكلام المتبعة معه وخاصة بالنسبة للأفراد القريبين منه .

كما ان البيئة المدرسية لها أثرها في تطور الطفل، ولكنها لا ترقى أن تكون بمستوى البيت في تقديري الخاص لان الطفل يعيش خلال السنوات الخمس بشكل عام في بيئته الاسرية.

وهذا لا يعني ان نقلل من دور البيئة المدرسية فأساليب المعلم التربوية أهميتها في إلهاب الجذوات الكامنة في الطفل، وفي انطلاقة قدراته بشكل سليم وجعله فاعلاً وخاصة عند تفاعله مع الاقران الآخرين ليزيد من ثرواته اللغوية.
وبالمقابل فان الاساليب غير التربوية التي يتبعها المعلم تكون محبطة للطفل من الانطلاقة الحقيقية.

كما أن للطرق والأساليب والفنيات التي يتبعها المعلم لها أهميتها في جعل الطفل متكيفا أو غير متكيف. لذلك فقد تكون المدرسة محبطة من خلال الفشل والاحباط المتكرر الذي يؤدي بالطفل احيانا الى الانسحاب والانكفاء والعدوان للتنفيس عن الأنة الداخلية التي تعتريه.

أو قد تكون مستثيرة لدافعيه المتعلم من خلال التأكيد بشكل عام على كيفية جعله بوضع نفسي جيد من خلال التعامل والطرق والأساليب والفنيات، وحتى الجو البيئي للصف وما يتخلله.

ثانياً: الأسباب العصبية

وتتعلق بالخلل الذي يحدث بالجهاز العصبي المركزي، فالدماغ هو الذي يتحكم بوظائف الجسم واي خلل يؤثر في ذلك، وقد يحدث الخلل في الدماغ ما قبل الولادة او اثناءها او بعد الولادة وخاصة في المناطق المسؤولة عن اللغة فمراكز اللغة في الدماغ. [1] هي

- منطقة بروكا نسبة الى مكتشفها (Paul Broca) بول بروكا، وتكون في مقدمة النصف الايسر للدماغ. وهو المركز المسؤول عن تنظيم أنماط النطق، ولهذه الوظيفة علاقة بقرب هذا المركز من منطقة التحكم بعضلات الوجه والفك واللسان والحنجرة في القشرة الدماغية.
- منطقة فيرنكي نسبة الى مكتشفها كارل فيرنكي (Carl Wernike) وتقع بالقرب من منطقة السمع الرئيسية في القشرة الدماغية، وهذا المركز مسؤول عن استقبال المدخلات السمعية، ويلعب دوراً رئيسياً في اعداد المعاني، ويدخل في تفسير المفردات واختيارها بهدف إنتاج الجمل.
- التلفيفة الزاوية (Angular Gyrus) وتقع خلف منطقة فيرنكي ومسؤوليتها تحويل المثير البصري الى سمعي والعكس. ويلعب هذا المركز دوراً حيوياً في

(1) السرطاوي، ابو جودة (2000) مصدر سابق، ص 90-91 .

التوصيل بين الشكل المحكي للكلمة وصورتها المدركة، وكل ما يحتاج الى الربط بين المثيرات البصرية ومناطق الكلام. فأي إصابة في هذه المركز ستترك آثارها السلبية في النطق والكلام. ومن الاسباب العصبية الاخرى التلف المخي المبكر الذي يسبب الشلل المخي وخاصة اذا حدث في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية الذي يؤدي الى عدم انتظام وتناسق المهارات الحركية.

وسبق ان تحدثنا عن الشلل المخي وأسبابه واعراضه. ان الشلل المخي يؤثر بشكل عام في الحركة ومن ضمنها حركة الفكين والشفتين واللسان التي هي من أهم أعضاء النطق الامر الذي يؤثر سلباً في النمو اللغوي.

ومن آثار الاصابة الدماغية هو الفقدان الكلي أو الجزئي للتعبير عن الافكار، يماثله ويقترن معه كذلك قصور كلي أو جزئي في فهم اللغة المنطوقة او المكتوبة بسبب اصابة المخ الحسية، أو نصف المخ الايسر والتي تسمى بالحبسة (Aphasia) كما قد يسبب عسر القراءة (Dyslexia) وعسر التلفظ (Dysarthria) والابراكسيا (Apraxia) التي تؤدي الى عدم برمجة عضلات النطق ليخرج صوتاً لغوياً سليماً، فقد يغير مواقع الاصوات والمقاطع في الكلمات أو الجمل. [1]

تؤثر هذه الاسباب بشكل أساسي في مرحلة معالجة الكلام.

ثالثاً: الأسباب العضوية

تسبب الاسباب العضوية صعوبات في الارسال أو ممارسة الكلام، وعملية الكلام ليست سهلة وانما تحتاج إلى اعضاء متعددة سليمة لكي يمارس الفرد الكلام بشكل طبيعي. إذ يحتاج الكلام الطبيعي الى جهاز تنفسي سليم وجهاز صوتي كذلك. لذلك من الأسباب التي تؤدي الى اضطرابات النطق والكلام هي:

(1) الظاهر، قحطان احمد (2003) مصدر سابق.

أ- إصابة الجهاز التنفسي

ان التنفس غير الطبيعي يؤثر في عملية إرسال الكلام كالتنفس السريع أو البطيئ جدا. لذلك يتأثر اصدار الصوت بالأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي كالزكام، السل، الالتهاب الرئوي الشديد ، الربو.

ب- اصابة الجهاز الصوتي

ان الحنجرة والاحبال الصوتية هي المسؤولة عن اصدار الصوت واي خلل فيها يؤثر سلباً في اصدار الأصوات. وقد أشار البدري [1] الى أهم الامراض التي تسبب اضطرابات النطق والكلام وهي

- العيوب الخلقية في الحنجرة، وتشمل ضعف الحنجرة الناتج عن نقص الكالسيوم اثناء الحمل، سمك الغشاء الموجود بين الحبلين الصوتيين الذي يسد المسافة تماما، وقد يؤدي الى اختناق الطفل ، أو قد يكون رفيعا الى الحد الذي يعاني الطفل من بحة في الصوت.
- اورام الحنجرة
- اصابات الحنجرة
- التهاب الحنجرة
- عقد الاحبال الصوتية
- إختلال اعصاب الاحبال الصوتية سواء المسؤولة عن الاحساس أو اعصاب الحركة، أو اعصاب التآزر.
- شلل الاحبال الصوتية

(1) البدري، احمد (1985) اسرار الصمم وعيوب الكلام . القاهرة: كتاب اليوم الطبي، ص ص 105-123.

جـ- اصابة أجهزة الرنين والنطق

ان الاعضاء المسؤولة عن الرنين هي التجويف الانفي والتجويف الفمي والبلعوم التي تقوم بتضخيم الصوت واعطاءه ما يميزه عن الاخر. وقد تتعرض هذه الاجهزة الى مشاكل صحية تؤثر في عملية ارسال الكلام ومن هذه الامراض [1]

- التهاب البلعوم الحنجري نتيجة أمراض أو فيروسات أو دخول اجسام صلبة أو مواد كاوية أو إدمان الكحول.

- شق الحلق Cleft palate سبق ان اشرنا الى ذلك في الاعاقة الجسمية والصحية حيث تؤدي هذه الحالة الى عدم غلق التجويف الانفي عند نطق اصوات الحروف وبالتالي تزداد الحروف الانفية فيتكلم الفرد بلهجة انفية.

- مشكلات اللسان فطول اللسان او قصره يؤثر سلباً في نطق الحروف بشكل سليم.

- عدم تناسق عظام الفكين (السفلي والعلوي)، او بروز احدهما الى الخارج مما يسبب اضطرابات في النطق.

- تشوه الاسنان

- الشفة المشرومة (Lip palate) سبق ان تطرقنا اليها في الاعاقة الجسمية والصحية وتؤثر هذه الحالة في نطق اصوات الحروف ف، م ، و

- تضخم اللوزتين التي تؤثر في التجويف البلعومي والبلعوم الفمي

- وجود لحمية بالانف التي تؤدي الى صعوبة نطق الفرد للاصوات الانفية (ن، التنوين)

رابعاً: الأسباب المرتبطة بالاعاقات الاخرى

ان اضطرابات النطق والكلام تكون من مظاهر إعاقات أخرى فالاعاقة السمعية هي من الأسباب الرئيسية لاضطرابات اللغة والكلام لان حاسة السمع هي الجزء الرئيسي لاستقبال اللغة، واي خلل فيه يؤثر في اكتساب اللغة علماً أن الفقدان

(1) الشخص، عبد العزيز (1997) مصدر سابق، ص 187-188 .

السمعي على درجات وكلما زادت درجة الاعاقة السمعية كلما ازداد تأثيرها في اكتساب اللغة والكلام، وقد تكلمنا عن درجات الاعاقة السمعية في فصل الاعاقة السمعية، ولكن بشكل مختصر ان الاعاقة السمعية تعرقل النمو اللغوي الطبيعي للطفل.

اما الاعاقة العقلية فهي تؤثر سلباً في مرحلة المعالجة إذ تؤثر في الادراك، واستخدام الرموز، وقواعد استخدام اللغة. إن اكتساب اللغة بشكل طبيعي تحتاج إلى قدر كاف من القدرات العقلية. لذلك تعد اضطرابات النطق والكلام من مظاهر الاطفال المعاقين عقليا. وبطبيعة الحال كلما ازدادت الاعاقة العقلية كلما ازداد تأثيرها في النمو الطبيعي للغة. وصعوبات التعلم هي الاخرى تؤثر في اكتساب اللغة بشكل طبيعي إذ ان المشاكل الادراكية اكثر تكراراً عند هؤلاء الاطفال قياساً بأقرانهم الذين ليس لديهم صعوبات تعلم.

فقد تظهر عليهم الابراكسيا النطقية Apraxia وعدم الدراية (Agnosia) وعسر القراءة (Dyslexia) وعسر التلفظ (Dysarthia) وتأخر الكلام (Language delay)

أما الاعاقة الانفعالية فقد تؤثر في اكتساب اللغة بشكل طبيعي بالرغم من أنها لا ترقى ان تكون بمستوى الاعاقات الأخرى ولكن قد تؤثر بشكل أساسي في اللغة المنطوقة وخاصة الافراد ذوو الاعاقة الانفعالية الشديدة لانهم أولاً وبشكل عام يتصفون بضعف في قدراتهم العقلية وكثيراً منهم مبعدون عن الآخرين، اما بسبب انسحابهم من الاتصال الاجتماعي، او بسبب كونهم يتصرفون بطريقة عدوانية. ومن المظاهر التي تظهر على هؤلاء الافراد مظاهر اضطرابات النطق من حذف وإبدال وتشويه وعدم انسيابية الكلام (اللجلجة أو التأتأة) والسرعة المفرطة في الحديث.

قياس وتشخيص اضطرابات النطق والكلام

لا يمكن ان يكون هناك تدخل ناجح بلا قياس وتشخيص دقيق فكلما كان القياس والتشخيص دقيقاً ساعد ذلك على التخطيط واختيار استراتيجيات فاعلة للتدخل، لذلك يمكن القول ان التخطيط واختيار المحتوى والاستراتيجيات يحمل في طياته استغلالاً للجهد والوقت لاننا سوف لا نتخبط بشكل عشوائي وانما نصيب الهدف، او نحقق الهدف بأقصر المستقيمات. فالتخطيط المبني على القياس والتشخيص يساعد على جعل المعالج واثقاً من نفسه، وعلى ادراكه للأهداف المبتغاة، او يكون اكثر وعيا للعلاقة بين الاهداف العامة والاهداف الفرعية كما يساعد على تقليل الجهد والوقت، وفيه مراعاة للترتيب والتنظيم ومراعاة الاسس العامة لمبادئ التعليم والتدريب ومراعاة للجوانب النفسية للمتعلم، كما يساعد في ذات الوقت على التقييم للاجراءات والانشطة التي قام بها المعلم أو المعالج. [1]

يكون القياس والتشخيص بمستويات عدة

1- يبدأ أولاً بالكشف المبدئي في البيت عن طريق أولياء الأمور حيث يقارنون ابناءهم مع اقرانهم من حيث التطور اللغوي والصعوبات التي يعانيها والمتعلقة بمظاهر النمو اللغوي، وقد لا يعول عليها الا اذا كانت الفروق كبيرة جداً كتأخر ظهور الكلمة الأولى في السنة الأولى، واحيانا الثانية. أما اضطرابات النطق والكلام فتكون على الاغلب طبيعية في مرحلة ما قبل دخول المدرسة. وعند دخول الطفل الروضة والتمهيدي يشترك المعلمون والمعلمات في عملية الكشف، ويكون الجو أوفر حظاً في عملية الكشف المبدئي لوجود عدد من الأطفال في المرحلة الواحدة بأعمار متقاربة، وقد تظهر الفروق اكثر وضوحاً فيها من البيت فيما يتعلق باضطرابات النطق، اضطرابات الصوت، انسيابية الكلام وتأخر الكلام.

---

(1) الظاهر، قحطان احمد (1999) طرق التدريس العامة، ليبيا. الزاوية: المكتبة الجامعة للنشر والتوزيع.

2- مستوى البحث الاجتماعي: وتتعلق بكل الظروف التي مرت على الطفل من حيث الولادة والامراض التي تعرض لها، ومظاهر النمو المختلفة للطفل وخاصة من الناحية الجسمية واللغوية، وما يتعلق بالوالدين من حيث السن والقرابة، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، وحجم الاسرة، وأساليب التنشئة والظروف البيئية المعاشة.

3- الفحص الطبي: وهو من المحكات المهمة في عملية التشخيص والتتييم يقوم به أطباء متخصصون ومن الاختصاصات التي تقوم بعملية التشخيص والتقييم.

أ- اختصاصي الأنف والاذن والحنجرة: وهو الاختصاصي المؤهل لقياس القدرة السمعية للصوت، وأمراض الاذن اذ ان الاعاقة السمعية ترتبط ارتباطاً وثيقاً باكتساب اللغة ونموها فهي تمثل العائق الرئيسي في مرحلة استلام (استقبال اللغة) فالصمم قد يؤدي الى عدم القدرة على الكلام.

كما هو الاختصاصي الذي يقيم الحنجرة وما تتعرض له من أمراض والتي تؤثر بشكل سلبي في عملية الارسال إذ تعد من الأسباب العضوية لاضطرابات الصوت، كما يتعرف كذلك على سقف الحلق هل هو طبيعي أو غير طبيعي.

ب- اخصائي الاعصاب: وهو الاختصاصي الذي يقرر سلامة او عدم سلامة الجهاز العصبي المركزي من خلال الفحص الطبي (الرسم الكهربائي للمخ) (Electroencephalogram) لمعرفة عمل الفصوص الأربعة للمخ او رسم خريطة المخ (Brain Mapping) لتحديد الموجات السائدة في المخ، أو جهاز الرنين المغناطيسي (Megnetic Resonance Imaging) لفحص نشاط المخ والاختلافات فيه ليستطيع طبيب الاعصاب معرفة سلامة أو عدم سلامة مناطق الكلام بالمخ وكذلك فحص الجهاز العصبي المحيطي.

جـ- الطبيب المختص بالصدرية لمعرفة سلامة الجهاز التنفسي والرئتين لان الخلل في الجهاز التنفسي يؤثر في ارسال الكلام (ممارسة الكلام)

د- طبيب الأطفال وهو الشخص المؤهل لتشخيص نواحي القصور عند الطفل وخاصة العضوية والتي تؤثر بشكل عام على الصحة العامة وتلك الاعضاء المتعلقة باضطراب النطق والكلام سواء المتعلقة بالوراثة او البيئة.

4- التقييم النفسي والتربوي : ويشمل القدرات العقلية التي تقاس باختبارات الذكاء والعمليات النمائية من انتباه وتذكر وإدراك وتفكير إضافة الى السمات الشخصية (كالثقة بالنفس، مفهوم الذات، القلق وغيرها)

كما يجري تقييمه في الجانب التربوي، تحصيله الدراسي مقارنة بأقرانه، مدى تفاعله وإقباله على المدرسة او علاقته بأقرانه والمعلمين، وإلتزامه بأداء المهمات المدرسية، مستواه في المهارات الأساسية "القراءة والكتابة والحساب، هل يعاني من مشكلات سلوكية في المدرسة مثل "العدوانية ، الانسحاب، الخجل، الكذب، السرقة، العناد.. الخ

5- تقييم الكلام

وهي المرحلة او المستوى الذي يحدد نوع الاضطراب ودرجته يقوم به اختصاصي علاج النطق والكلام من خلال مقابلة الطفل، والقيام بإجراءات متعددة كالاستماع الى كلامه التلقائي، او قراءة فقرات معينة من كتاب، أو ترديد حروف التهجي في مواضع مختلفة (البداية، الوسط، النهاية)، او ذكر تسميات صور تعرض عليه ويفضل تسجيل كلام عينات من كلام الطفل في مواقف وأماكن ومواضع ومناسبات مختلفة. (1)

ويمكن لاخصائي النطق والكلام أن يتعرف على نوع الاضطراب هل في النطق ومظاهره (حذف، إضافة، تشوية، ابدال)؟ او في الصوت فهل صوته همس، مبحوح، خشن، عالٍ بشكل مفرط أو أنفي أو يتعلق الاضطراب بانسيابية الكلام فهل هناك تقطع أو مط او تكرار حروف أو المقاطع او الكلمات او الجمل، وهل يظهر

---

(1) الشخص، عبد العزيز (1997) مصدر سابق، ص 145

عليه الجهد والتوتر أثناء الحديث؟ وهل يشعر بالخجل والحرج عند الحديث؟ وهل يظهر عليه القلق؟ وماذا يظهر عليه من سلوكات كاضطراب في التنفس، التعرق، الاحمرار، رجفة اليدين؟

ويشير المصدر السابق كذلك الى امكانية ملاحظة اختصاصي علاج النطق والكلام ميكانيكية عملية الكلام لدى الطفل من خلال شكل الشفتين وانطباقهما على بعضهما وانتظام حركتهما إثناء الكلام، وحركة الفكين وانطباقهما، وشكل الاسنان وانتظامها، وسقف الحلق (الصلب والرخو) وهل يوجد به تشقق، وشكل اللسان هل هو طبيعي أو اطول او اقصر من الطبيعي الامر الذي يؤثر في حركته والقدرة على المضغ والبلع، ومشكلات الحلق والحنجرة.

ان الكشف والتشخيص والتقييم السابق يعطينا صورة واضحة عن اضطرابات النطق والكلام التي يمكننا من وضع خطة علاجية.

التدخل العلاجي لاضطرابات النطق والكلام

تتميز التربية الخاصة بالفردية، ولا يمكن أن يكون هناك قالب علاجي واحد يصلح مع كل الافراد حتى وان كان الاضطراب او الخلل واحداً إذ يتأثر ذلك بمتغيرات عدة، قد يكون هذا الاضطراب ناتجاً عن سببين مختلفين، كما قد تكون درجته مختلفة، وزمن حدوث الاضطراب، ونوعه، كما أن المتغيرات البيئية التي يعيشها الاطفال متغيرة فمنها ما يكون صحياً يسهل عملية العلاج، ولا ترافقه مسببات تعمق وتوسع ذلك الخلل، بينما تكون متغيرات بيئية أخرى تعمق وتجذر وتوسع في ذلك الخلل أي بمثابة عوامل مساعدة على تجسيد ذلك الخلل لذلك يصار الى التدخل العلاجي بناء على نتائج التشخيص والتقييم.

سيكون التدخل العلاج وفق نوع الاضطراب.

أ- علاج إضطرابات النطق: وهي الأخطاء في انتاج المفردات، وقد تكون ظاهرة طبيعية عند تعلم انتاج الاصوات حتى مرحلة دخول المدرسة، ولكن قد يكون هناك خلل واضح يؤثر في النمو الطبيعي للغة كالشلل المخي، فتحة سقف

الحلق، او الاصابة المخية أو الاعاقة السمعية. يشمل اضطرابات النطق الابدال، الحذف، التشويه، الاضافة.

أ- **الابدال:** هو ابدال صوت لغوي بآخر واشهر حروف الابدال هي (س، ص، ذ، ش، ج، ر)

إن س اساس للحرف (ص) المفخمة و (ز) المرفقة

ش اساس للحرف (ج)

ل اساس لحرف (ر)

فلو افترضنا ان الطفل يبدل صوت (س) الى ثاء فيمكن للمعالج يقرن الحرف (س) مع حروف العلة لكي تسهل عملية نطقه سا ، سو ، سي، تكرر هذه العملية الى ان يتقن الطفل ذلك.

- تقدم حروف العلة على الحرف لتصبح أ سْ ، و سْ ، يسْ ، تكرر هذه العملية الى ان تتقن.

- يقرن هذا الحرف مع مقطع معروف للطفل مثل (با) سابا، سوبا، سيبا تكرر العملية الى ان تتقن.

- يربط س مع الحروف المعروفة دون استخدام حروف العلة ليكون مقطع ساكن مثل بَسْ ، بُسْ ، بسْ ، سَبْ ، سُب ، سِب ، ويمكن ان نستخدم الشمعة لأطفاءها عند نطق الحرف بشكل صحيح لتثبيت الحرف، وقد تستخدم وسائل مساعدة كالمرآة لينطق المعالج أمام الطفل الحرف أو المقطع، ثم يقوم الطفل بتقليد المعالج.

- نضع الحرف ضمن كلمة متكونة من ثلاثة أحرف نبدأها بما هو معروف للطفل مثل بسم، سمك، كأس

- نضع الحروف ضمن كلمة متكونة من أربعة حروف بمواقع مختلفة مثل سامي، مسرح، يدرس

- نضع الحرف في جملة تحتوي جميع كلماتها على حرف س مثل سافر بسام الى سوريا ليدرس.

ويمكن استخدام المدخل السيمانتي من خلال معرفة الفرق بين شباك وسباك إذ ان المعنى يختلف تماماً، ويمكن ربط الكلمة بما تدل عليه خلال نطقها وبشكل متكرر.

ب- الحذف: هو حذف صوت لغوي ضمن الكلمة او مقطع ضمن الكلمة فمثلا قد ينطق الطفل تفاحة – فاحه

يتركز العلاج على التعليم الموسيقى والتنغيم وتقسيم الكلمة الى قسمين لتسهل على الطفل، ويجري التركيز بشكل أساسي على الحرف المحذوف او المقطع المحذوف فيمكن تقسيم تفاحة الى ت / فاحة وتكرر بتنغيم، ويمكن ربط الحروف المحذوفة بحركة أو إشارة لتساعد على التعلم والتذكر ونطقه لوحدة ثم مع الكلمة.

جـ- الاضافة: وهو اضافة، صوت زائد الى الكلمة. يكون علاجه بتدريب الطفل على قول الكلمة بدون إضافة، ويمكن ان يستخدم المعالج المرآة لينطق الكلمة بدون اضافة وبوضوح. ويطلب من الطفل محاكاته. أو ممكن ان ينطقا الكلمة بلا اضافة معا وبصوت مرتفع ثم يخفض المعالج من صوته ليكون صوت الطفل هو الطاغي ويمكن ان يتدرج بتقليل الصوت الى ان يبقى نطق الطفل فقط. ويجري الاعادة والتكرار لتثبيت النطق السليم على ان يستخدم المعالج التعزيز والتغذية الراجعة كلما تطلب الامر ذلك، واذا كان الطفل قادراً على الكتابة يطلب منه كتابتها مرات متعددة لكي تبقى في الذهن.

د- التشوية: نطق الصوت بشكل غير صحيح لكنه قريب من الصوت العادي مثل مكنسة – مكنثة. يمكن تقسيم الكلمة وتنغيمها لتسهل على الطفل من نطقها بشكل سليم، أو يمكن للمعالج ان ينطق الكلمة بشكل صحيح امام الطفل ويطلب منه تقليده. او يستخدم المرآة، ويقوم بتدريبات متعددة كأن يطلب من الطفل تقليده، أو تجزأ الكلمة الى قسمين، ويطلب منه محاكاته لكل جزء.

او يمكن أن يقوم المعالج مع الطفل بنطق الكلمة مرات عديدة، وبعد ان يدرك المعالج صواب نطق الطفل يقلل من صوته بشكل تدريجي ليعلو صوت الطفل عليه الى ان يبقى الطفل لوحده. ثم يطلب منه قول الكلمة وحبذا لو تربط بمدلولها المادي

لوحده واذا كان في مرحلة الكتابة يطلب منه كتابتها مرات عديدة مع نطقها. يتطلب في جميع الاجراءات السابقة المتعلقة بعلاج اضطرابات النطق التركيز على انتباه واصغاء الطفل ليستطيع ان يميز بين الاصوات وخاصة القريبة من بعضها. واستخدام مبادئ تعديل السلوك وبشكل خاص التعزيز الايجابي، وان نركز على جعل المتعلم في وضع نفسي جيد، ولا يكلف اكثر من طاقته.

ب- إضطرابات الصوت

يمكن استخدام اكثر من أسلوب علاجي تبعاً للأسباب التي أدت اليها. ومن هذه الأساليب:

ا- **المدخل الطبي:** اذا كانت العيوب التي أدت الى اضطرابات الصوت عضوية مثل الاصابات التي تصيب الحنجرة (كالالتهاب، اصابات، ضعفها نتيجة نقص الكالسيوم) او شلل الاحبال الصوتية، أو فتحة سقف الحلق، او الشفة الشرماء، او اصابة الجهاز التنفسي، والاعاقات السمعية التي هي من أهم الأسباب التي تؤدي الى اضطرابات وتأخر النمو اللغوي عند الطفل.

ان هذه الاعراض السابقة الذكر قد تحتاج الى عقاقير طبية أو جراحة أو علاج طبيعي، ويكون المدخل الطبي هو الفاعل في هذه المسألة .

2- المدخل السلوكي: نلجأ الى العلاج السلوكي عندما تكون الأسباب التي أدت الى اضطرابات الصوت بشكل اساسي غير عضوية وانما قد تعود الى تعلم خاطئ على اعتبار أن السلوك السوي وغير السوي متعلم، لذلك يهدف المدخل السلوكي الى تعليم الطفل السلوك الصوتي السليم من خلال

- توعية الفرد بصوته المضطرب وبالصورة التي يصدر بها.
- تنمية نموذج صوتي مناسب لدى الفرد في ضوء قدرته وامكانياته
- توعيته على التمييز بين الصوت المضطرب والصوت العادي
- تعديل العادات الصوتية الخاطئة او التخلص منها وخاصة تلك المرتبطة بالتوتر

- تعليم وتدريب الفرد على العادات الصوتية الصحيحة ودعمها [1]

ويرتبط الصوت بالهواء المندفع عبر الحنجرة وقد يكون الخلل في التنفس سبباً لاضطرابات الصوت فاذا كان السبب الجهاز التنفسي كالربو والزكام فيكون للطبيب دور أساسي في ذلك، اما اذا كان الاضطراب نتاج عادات غير سليمة للتنفس مثل التنفس السريع، التحدث لمدة طويلة في نفس واحد، فيمكن للمعالج تدريب الفرد على التنفس الصحيح، والتحكم في عملية التنفس من خلال التنفس العميق قدر الامكان وإخراجه بشكل بطيئ، واخذ نفس عميق، ونطق كلمات بشكل صحيح بفواصل زمنية صحيحة.

وقد يكون الاضطراب الصوتي في بيئة دون غيرها لذلك قد يتطلب تغيير البيئة او المتغيرات البيئية التي تبعد الفرد عن الحالات التي تؤدي به الى الاضطراب الصوتي.

3- **العلاج النفسي:** إنَّ لاضطرابات الصوت أثراً سلبياً في الفرد، وقد يتعرض احياناً الى عدم القبول الاجتماعي لان استخدام اللغة للتواصل مع الآخر.

وقد يؤثر اضطراب الصوت احياناً الى صعوبة الرسالة التي يستلمها المستقبل فضلا عن عدم ارتياحه للصوت المضطرب. لذلك قد يكون دور المعالج النفسي ليس فقط علاج اضطراب الصوت من خلال الاسترخاء والتخفيف من حالة القلق والتوتر وانما كيف يتكيف الفرد مع حالته، لان التكيف مع الحالة قد تجعل الفرد المضطرب صوتياً يتجاوب مع المعالج النفسي، والتي تؤدي إلى استجابته لارشادات وتوجيهات وتدريبات المعالج النفسي.

---

(1) الشخص، عبد العزيز (1997) مصدر سابق، ص 257 .

جـ- طلاقة الكلام (اللجلجة أو التأتأة)

من مظاهر طلاقة الكلام أو اللجلجة كما اسلفنا سابقا اما تكرار المقاطع اللفظية او الكلمات او الجمل، حبسه بشكل متقطع، او تكرار تشنجي، او مط للأصوات.

وهناك فارق بين الفرد العادي والمتلجلج إذ تتراوح الكلمات التي يستطيع ان يذكرها الفرد العادي ما بين 25-30 كلمة في الدقيقة، اما بالنسبة للمتلجلج فهي أقل من العادي فقد يكون بعضهم لا يستطيع تجاوز 5 أو 10 كلمات في الدقيقة، وقد يصل آخرون الى 15 كلمة في الدقيقة حسب درجة الاضطراب.

وفي التدخل العلاجي ولمعرفة الفارق الحاصل ما بين مرحلة التدخل بمرحلة ما قبل التدخل او خط الاساس

يمكن ان نستخرج النسبة المئوية لحالة اللجلجة من خلال قطعة او قصيدة أو ما شاكل ذلك لنحدد نسبة اللجلجة

$$\frac{\text{عدد الكلمات الملجلجة}}{\text{العدد الكلي للكلمات المنطوقة}} \times 100$$

فلو كان عدد الكلمات في القطعة 40 كلمة مثلاً وتلجلج في 18 كلمة فتكون النسبة كالآتي:

$$\frac{18}{40} \times 100 = 45\%$$

وقبل البدء بالأسلوب العلاجي لابد من التحديد الدقيق لحالة اللجلجة هل هي مظهر بذاته او اكثر من مظهر؟ ونبدأ بعلاج ذلك المظهر لنفرض ان الطفل يكرر المقاطع او الكلمات فيجري تدريبيه على الابتعاد عن ذلك التكرار عن طريق مثلا اللعب واسلوب المحادثة.

كما يجري تدريب الطفل على التنفس الصحيح من خلال اخذ الهواء عن طريق الانف واخراجه عن طريق الفم لتقوية التنفس وإطالة النفس، من خلال نطق الاصوات الخفيفة وهي حروف العلة (أ ، و ، ي) ويمكن ان نستخدم الساعة بحيث تكون الفترة الزمنية للطفل دون السابعة من(15-20) ثانية، أما الكبير من(25-35) ثانية.

فطريقة التدخل للاطفال الصغار تكون عن طريق اللعب والمحادثة اما الكبير فإضافة الى التدريب على التنفس الصحيح، يمكن استخدام اسلوب الاسترخاء للتقليل من التوتر والقلق والذي يؤدي إلى حالة اللجلجة. ويمكن ان يجلس أمام المرآة ويتعرف على الخلل الذي يحدث في الارسال، ويعيدها بشكل صحيح من خلال توجيه وارشاد المعالج مستخدماً التعزيز والتغذية الراجعة.

يجب مراعاة البدء من السهل الى الصعب فاذا كان التلجلج في المقطع او الكلمة او الجملة فنبدأ بالمقطع وبعدها الكلمة، والتأكيد على جعله في وضع نفسي جيد، ولا يكلف أكثر من طاقته.

وقد أشار الشخص [1] الى اسلوب التضليل (Shadowing) وهو أحد الأساليب الذي استخدم في علاج اللجلجة، ويتلخص بقيام المعالج مع المتلجلج بقراءة فقرة أو اكثر يسهل قراءاتها على ان يكون صوت المعالج أعلى من صوت الفرد المتلجلج بحيث تطغي القراءة الصحيحة، فيسمع المتلجلج الكلام الصحيح بدلاً من كلامه المضطرب. وبعدها يبدأ المعالج بخفض صوته واتاحة الفرصة كي يرتفع صوت الفرد المتلجلج بشكل تدريجي مما يتيح له الفرصة ان يسمع صوته بلا لجلجة، ويمكن ان تتكرر هذه العملية لمرات عديدة، وقد يتعرض الفرد المتلجلج الى فشل في بداية الامر، ولكن يفترض الاستمرار في هذا التدريب، ويمكن اختيار الحديث او الفقرات المقروءة بما يتناسب مع عمر الفرد المتلجلج.

---

(1) الشخص، عبد العزيز (1997) مصدر سابق،ص 307 .

كما استخدم التنويم المغناطيسي لمعالجة اللجلجة من خلال تشجيعه على الكلام بالايحاء (Suggestion) ويمكن استخدام اساليب تعديل السلوك في علاج اللجلجة كلعب الادوار من خلال اعطاء دور يتقمصه لشخصية غير متجلجلة، أو يمكن استخدام الممارسة السلبية التي استخدمت لتنقيص أو اطفاء سلوك غير مرغوب فيه. يتخلص هذا الأسلوب بالطلب من الفرد ان يكرر ذلك السلوك السلبي بشكل سريع ومستمر، وبأقصى قدر ممكن الى ان يصيبه الاعياء أو التعب او الملل وبتكرار ذلك يمكن ان نقلل او نطفئ من السلوك غير المرغوب فيه. [1]

(1) الظاهر، قحطان احمد (2003) مصدر سابق .

الفصل التاسع
الموهبة والتفوق

9

- تمهيد
- تعريف التفوق العقلي
- تشخيص المتفوقين عقلياً
- تصنيف المتفوقين عقلياً
- مكونات التفوق العقلي
- خصائص المتفوقين عقلياً
  - الخصائص الجسمية
  - الخصائص العقلية
  - الخصائص الاجتماعية
  - الخصائص الانفعالية
- نظريات التفوق
  - النظرية المرضية
  - النظرية الفسيولوجية
  - نظرية التحليل النفسي الفرويدي
  - نظرية علم النفس الفردي لادلر
  - النظرية الوراثية
  - النظرية البيئية

- النظرية الكيفية (النوعية)
- النظرية الكمية
- الذكاء
- الذكاء بين الفطرة والاكتساب
- نظريات التكوين العقلي
  - نظرية ثورندايك
  - نظرية العوامل الطائفية المتعددة لثرستون
  - النظرية الثلاثية الابعاد لجيلفورد
  - نظرية الذكاء المتعدد الانماط
- الابتكار (الابداع)
- انواع الابتكار
- عوامل التفكير الابتكاري
- مراحل التفكير الابتكاري
- العلاقة بين الذكاء والابتكار
- مشكلات المتفوق عقلياً في البيئة الاسرية والبيئة المدرسية
- مشكلات المتفوق في البيئة الأسرية
- مشكلات المتفوق في البيئة المدرسية
- الدمج أم الفصل
- البرامج المقدمة للمتفوقين عقلياً
  - الاثراء
  - التسريع
- الارشاد والتوجيه

الموهبة والتفوق

تمهيد

إن الحياة ما هي إلا مجموعة متناقضات، وهذا ما يسرى على الطبيعة الكونية وهي حكمة الخالق في خلقه. فالشمس تصدر اشعاعاتها لتمتد على بقاع الأرض، في حين أن عملية الجذب تكون في الثانية ولو فقدت كل منها وظيفتها الاساسية لاختلت أو صير إلى دمار فالدفع يقابله الجذب. وفي موضوعنا هناك القدرات البشرية والامكانيات المادية التي لا يمكن الفصل بينهما بالرغم من أنها قد لا ينظر اليها بنفس الدرجة من الأهمية.

ولكن وفق التطورات الحاصلة والتقدم الكبير في مجال العلم بمختلف أشكاله لا يمكننا إلا أن نقف باكبار واجلال الى القدرات البشرية، لأن أي تراث حضاري وثقافي يستند عليها. لذلك يمكن القول أن تقدم أو تحضر اي أمة من الأمم يقاس بقدر ما موجود من متميزين وموهوبين لأن التقدم العلمي والثقافي والحضاري هو حصيلة حاصل نتيجة العقول المتميزة بشكل أساسي اضافة الى متغيرات أخرى لا نريد الخوض فيها والتي تعمل على خلق جو صحي غني لاستثمار هذه العقول.

ان الفروق بين البشر ليست وليدة مرحلة معينة، وانما تمتد عبر التاريخ حيث وجدت منذ وجد الإنسان، ما زال هناك فروق من الناحية البيولوجية والطبيعية والاجتماعية، وقد تكون حكمة الله في خلقه، يقول الاصمعي في هذا الصدد لن يزال الناس بخير ما تباينوا فاذا تساووا هلكوا.

ومن قديم الزمان كان الاقدر جسمياً وعقلياً هو الابقى لانه كان هناك صراع بين الانسان والعوامل الطبيعية. فالانسان الضعيف لا يقوى على البقاء لمواجهة الطبيعة. بينما القوى جسماً وعقلاً عرف كيف يواجه الصعوبات التي تعترضه في الحياة، وكيف تدبر أمره، وصنع ما يؤدي الى استمرارية الحياة.

لذلك كانت النظرة الى الاقوياء عقلاً أو جسماً تختلف عن تلك التي كان ينظر بها الى الضعفاء، جسماً أو عقلاً لان الشريحة الأولى من المجتمع أقدر على البقاء والتطور وأكثر فاعلية في البناء والعطاء.

وعبر التاريخ أعطي المتميزون أهمية خاصة، وكانت لهم مكانة اجتماعية متميزة جاء ذلك بالقوانين التي كانت تحكم العالم آنذاك. فهذا افلاطون يطالب بالاهتمام بالمتميزين عقلياً وجسمياً لانهم أقدر على تسيير البلاد من الضعفاء الذي لا يستحقون الحياة. وتعد اختبارات افلاطون لاكتشاف القدرات العقلية المتميزة هي الأولى لتشخيص المتميزين وهي:

1- ادراك السخافات تميز الخرافات إذ تحمل في طياتها القدرة على التمييز والتفكير النقدي الذي لا يستسلم لأي شيء، وإنما يزن الأمور بميزان العقل الناصع. وبالتالي سوف يدرك السمين من الغث الأمر الذي يؤدي الى ان يضع اليد على الخرافة التي لا تتماشى مع العقل والمنطق.

2- سرعة التعلم بطريقة المحاولة والخطأ: كل انسان معرض للخطأ ولكن الذي يمتلك عقل متميز يقلل دائما من محاولات الخطأ، وقد يستفيد من الخطأ لتصحيح المسار بشكل سريع وفق بعد زمني، وقد يعمم ذلك الى حالات أخرى. لذلك فإن تكرارية الخطأ عند المتميزين اقل بكثير من اقرانهم الآخرين الأمر الذي يشير الى قدرات متميزة.

3- الاستفادة من الخبرات السابقة لحل مشكلات جديدة.

ذلك ينم عن عقلية متفتحة تستغل الأحداث السابقة وتسخرها لحل مشكلات آنية، فالمادة الموجودة في ذهنه مرنة حية لا تتسم بالجمود بحيث يستطيع أن يستغلها قدر الامكان بالأمور الآنية.

ويعتبر افلاطون المتفوقين هم الفئة المؤهلة لقيادة المجتمع، لذلك طالب برعايتهم في مجال القراءة والخطابة والمنطق وفنون الحرب وأساليب القيادة والقانون. ولا يختلف أرسطو عن افلاطون فهو الآخر قد دعا للاهتمام بالمتفوقين،

وهو موقف لا غبار عليه في ذلك الوقت نتيجة للمتغيرات الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية.

وقد حذا الرومان حذو اليونان في ذلك الاهتمام حتى أنهم سخروا اساتذة اغريق في رعاية وتأهيل المتفوقين وخاصة في الاعداد العسكري والسياسي. أما عصر ما قبل الإسلام فقد كان الاهتمام جلياً واضحاً بالمتفوقين سواء كان ذلك بالقدرات الجسمية أم العقلية، فكان للفارس دور كبير في القبيلة، كذلك الحال بالنسبة للشاعر فهو لسان حال القبيلة، والمدافع عنها حيث كان الفارس والشاعر فرسى سباق، ذاك يدافع عن القبيلة بسيفه وهذا بلسانه، وعندما ينبغ شاعر في قبيلة ما تقام الافراح، وتأتي القبائل الأخرى لتهنئ القبيلة بنبوغ الشاعر الذي يعتبر مصدر قوة لها.

وجاء الإسلام وكرم المتميزين فقال الله تعالى "هل يستوى الذين يعلمون والذين لا يعلمون أم هل يستوى الظلمات والنور".

ولم يختر الرسول الرسل الذي أرسلهم الى الولايات الاخرى لنشر تعاليم الإسلام بشكل عشوائي، وانما اولئك الذي تميزوا بقدراتهم اللغوية وتميزهم العقلي ليكونوا أقدر على المحاججة والاقناع إذ أن هنالك علاقة وثيقة بين القدرة اللغوية والتفتح الذهني. كما هم اكثر المسلمين استيعاباً لمفاهيم القرآن الكريم، واقدر على حمل الراية الإسلامية إلى البلدان الاخرى كالروم والفرس.

وقد أظهر النبي (صلى الله عليه وسلم) موهبة الامام علي العلمية عندما قال "أنا مدينة العلم وعلى بابها".

وأصبح الخلفاء في العصر الاموي يقربون المتفوقين وخاصة عندما تعرضت اللغة العربية الى اللحن واللغة الدخيلة نتيجة احتكاك العرب بالثقافات الاخرى حيث طلب منهم تعليم ابنائهم اللغة العربية واصولها وفصاحتها. ومرورا بالعصر العباسي الذي أصبح مركز اشعاع للعلم حتى سمى بالعصر الذهبي حيث

عكف الخلفاء العباسيون على رعاية المتفوقين فهذا هارون الرشيد يمنح كل مؤلف مع يعادل وزنه ذهباً.

أما في عهد الدولة العثمانية فقد نهجت منهجاً لم يكن معروفاً بالسابق والذي سمى فيما بعد بإستراق الموهوبين حيث كان ترسل الوفود لتجميع الموهوبين من الشباب في الولايات التابعة لها، وهذا يدلل على منزلة المتفوقين، وكيفية الاهتمام بهم وتعليمهم لما يدعو الى تطوير قدراتهم في العلوم وفنون الحرب والعقيدة الإسلامية.

أما في العصر الحديث فقد ازداد الاهتمام بالمتفوقين ولكن ليس بالقدر الكافي إذا ما قورن ذلك بالمعاقين حيث يرى المسؤولون ان الفئة الثانية هي بأمس الحاجة الى العون والمساعدة بينما يستطيع المتميز الاعتماد على حاله، ولكن هذا لا يعني على الاطلاق إلاَّ نهيئ الظروف الصحية الغنية للنهوض الحقيقي بقدرات المتفوقين واستغلالها بما يعود عليهم بالنفع وللمجتمع الذي يعيشون فيه. وقد ساعد القياس العقلي في تشخيص المتفوقين والموهوبين.

وفي القرن العشرين أصبح الصراع على أشده بين القوتين الكبيرتين الاتحاد السوفيتي وامريكا – وكان التنافس على أشده لذلك حرصت كل منهما على استغلال كل العقول المتميزة ففتحت مدارس للمتفوقين في كل منهما، ووضعت البرامج ووفرت الامكانات اللازمة لاستغلال قدراتهم اضافة الى مراكز خاصة لبعض المواهب كمراكز الفنون التي يقبل فيها الاطفال الصغار. لذلك كان التسابق بين الدولتين الكبيرتين احد العوامل الذي ساعد على الاهتمام بالمتفوقين والموهوبين.

وعندما أطلق الاتحاد السوفيتي عام 1957 أول صاروخ الى الفضاء الذي يعتبر انتصارا كبيرا لها. انتفضت أمريكا لهذا الحدث وشرعت بدراسة الأسباب التي جعلت الاتحاد السوفيتي سباق في هذا المجال، وقد تمخضت الاجتماعات والدراسات الكثيرة إلى أن سبب ذلك هو التعليم، فشرعت القوانين الخاصة بالتعليم،

ورصدت المبالغ الكبيرة للاهتمام بهذا الحقل الذي يعتبر العمود الفقري لأي مجتمع.

ولقد ظهرت نظريات عديدة في التفوق والموهبة، وضعت البرامج الخاصة بالمتفوقين وما زال الاهتمام مستمراً وبشكل دقيق لاستغلال القدرات الخاصة بالمتفوقين لان التفوق والتطور السريع الذي يحدث في العالم ما هو إلا نتيجة للعقول الناصعة. لذلك يمكن القول أنه كلما زاد التقدم الفني والتكنولوجي والثقافي كلما زاد الاهتمام بالمتفوقين، ولم يقتصر الاهتمام بالمتفوقين على أمريكا والاتحاد السوفيتي وانما كان هناك اهتمام كثير في دول أوروبا وبشكل خاص في المملكة المتحدة الذي لا يقل عن الدولتين الكبيرتين.

ونتيجة للتقدم الكبير في دول أوروبا وأمريكا أصبح الاهتمام بالمتوفين ضرورة يفرضها العصر. لذلك أصبح التنافس كبيراً بين الدول لاستقطاب المتفوقين ومنحهم التسهيلات الكبيرة إغراء لهم. لذلك فان التوسع والتعمق في ميدان المعرفة وازدياد عدد السكان كان احد العوامل التي ساهمت في الاهتمام بالمتفوقين والموهوبين.

لذلك نحن نعاني في الوطن العربي من مشكلة هجرة العقول العربية الى بلدان العالم الاخرى وخاصة أوروبا وأمريكيا وكندا والذي يفترض أن ندرس المسألة بشكل جدى للحفاظ عليهم، وتوفير أفضل سبل العيش فضلاً عن تقديرهم تقديراً كبيراً ليدركوا مكانتهم الاجتماعية في بلدانهم.

تعريف التفوق العقلي

قبل أن نسرد بعض التعريفات لمصطلح التفوق العقلي لابد من التنويه بأن اكثر من مصطلح استخدم ليدل على التفوق العقلي، وهذا ما يخلق بعض الحيرة لدى القارئ كالامتياز والعبقرية والنبوغ والموهبة والتفوق وخاصة في لغتنا العربية ذلك البحر العميق الاغوار لان كل لفظة لها دلالتها ومعناها التي قد تختلف عن الاخرى فالعبقرية ليست كالنبوغ، والنبوغ ليست كالموهبة، ولو انها تلتقي جميعها

في التميز والتفوق العقلي، وقد يكون ذلك بسبب الترجمة الى العربية فلفد (Gifted) مثلاً هناك من يترجمها متفوق، وهناك من يترجمها موهوب، وآخر يترجمها مميز. وعلى أية حال فقد استخدم مصطلح العبقرية (Genius) في القرن الثامن عشر الميلادي وكانت دلالته آنذاك ملكة الاختراع.

وبعد ذلك استخدم جالتون 1883 ، الذي كان يتميز بقدرات عقلية فائقة حيث تعلم القراءة وهو بعمر سنتين، في كتابه العبقرية الوراثية (Hereditary Genius) للأفراد الذين حققوا تميزاً باهراً في قدراتهم العقلية من خلال انجازاتهم في المجالات المختلفة والتي ظهرت من خلالها دور الوراثة.

وفي الربع الأول من القرن العشرين استخدم هذا المصطلح لويس تيرمان (Lewis Terman) خلال دراسته الطولية التي بدأت عام 1921م واستمرت خمس وثلاثين سنة التي استخدم فيها معاملات الذكاء للدلالة على العبقرية.

أما مصطلح الموهبة (Talent) فكانت ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالوراثة، ودلت في بداية الأمر على الجوانب غير الاكاديمية. ولكن بمرور الزمن تغير الحال فأصبحت تدل على الجوانب الاكاديمية وغير الاكاديمية لانه لا يمكن أن تهمل الجانب البيئي. لذلك أصبح مفهوم الموهبة شاملاً لكل من يرتفع مستوى ادائه عن الاعتياديين في المجالات الاكاديمية أو غير الاكاديمية (1) . وفي تقديري أن جميع المصطلحات تدل على التميز، ولكن تختلف بدرجاتها فمصطلح العبقرية اكثر درجة من المتفوق، كذلك الحال بالنسبة للنبوغ، ولكن قد يرتبط الاخير بالعمر الزمني ويكون بعد مرحلة الطفولة، أما الامتياز فهو أقل درجة من النبوغ والعبقرية والموهبة.

---

(1) عبد الغفار، عبد السلام (1977) التفوق العقلي والابتكار، القاهرة: دار النهضة العربية، ص 33.

أما الموهبة فقد تكون محددة في جانب معين وقد يفيح منها رائحة الوراثة اكثر من البيئة. وقد فرق جانييه (Gagne, 1975) (1) بين الموهبة والتفوق حيث عد الموهبة تقابل القدرة التي تفوق المستوى العادي في حين أن التفوق هو الاداء الاكثر من المستوى العادي، والوراثة هي المكون الرئيسي للموهبة بينما التفوق هو نتاج البيئة بشكل أساسي، والموهبة اسبق من التفوق إذ الاولى هي طاقة كامنة والتفوق هو نتاج تلك الطاقة الكامنة. تتطلب الموهبة اختبارات مقننة بينما يمكن قياس المتفوق من خلال الأنشطة الحياتية على أرض الواقع. ولكن لابد من الاشارة الى ان هذه المصطلحات العبقرية، النبوغ، الموهبة، التفوق كذلك الذكاء هي مفاهيم مجردة لا يمكن قياسها مادياً أو يمكن ملاحظتها، ولكن يمكن ان يستدل عليها من خلال السلوك.

أما تعريف التفوق العقلي فقد تأثر بالوسائل التي استخدمت في عملية التشخيص فهل اعتمد على معاملات الذكاء أو على الانجاز والتحصيل الأكاديمي أو على محكات متعددة.

فمثلاً تيرمان الذي يمثل التعريف السيكومتري يرى أن الطفل المتفوق عقلياً هو الطفل الذي لا يقل معامل ذكائه عن 130° باستخدام مقياس ستانفود – بينيه للذكاء. وفي هذا السياق يرى دوكلاس (2) المتفوقين عقلياً بأنهم أصحاب معامل ذكاء 140° فما فوق.

أما عبد السلام عبد الغفار (3) فيعرف المتفوق عقلياً بأنه من وصل في أدائه الى مستوى أعلى من مستوى الاعتياديين في مجال من المجالات، والتي تعبر عن المستوى العقلي الوظيفي للفرد شريطة أن يكون ذلك المجال موضع تقدير الجماعة

---

(1) Gagne. R. M. (1975) The Conditions of Learning and Theory of Instruction. NewYork: Rinehart and Winston.

(2) دوكـــلاس. هــــ. فراير ، علم النفس العام، ترجمة ابراهيم يوسف منصور، بغداد: مطبعة شفيق، 1965، ص 235.

(3) عبد الغفار، عبد السلام، مصدر سابق، ص 33 .

التي ينتمي اليها. ففي الوقت الذي يحدد فيه عبد الغفار المتفوق في جانب ما. يرى كلباترك (Kilpatric) [1]ان المتفوقين عقلياً هم الافراد الذين يكون أداؤهم ممتازا بشكل مستمر في مجالات الحياة. ويعتقد فرنون وآخرون (Vernon and Others) [2] الطفل الموهوب أو المتفوق عقلياً بأنه من تمتع بمستوى خارق (Outstanding) من حيث الذكاء العام أو في مجال أو أكثر من المجالات الخاصة. ويرون أن تسعة مجالات على المدرسة ان ترعاها وهي الرياضيات، والعلوم، والهندسة، والفنون التشكيلية، والموسيقى، والدراما، والرياضة، والقيادة الجماعية.

أما مرسى [3] فقد كان معتدلاً في تعريفه فيرى أنه طفل تفوق على أقرانه في نشاط أو اكثر من أوجه النشاط التي لها قيمة اجتماعية، أو كان لديه من الاستعدادات ما يمكنه من الامتياز في حاضره ومستقبله لو توفرت له الرعاية المنزلية.

ولابد من الذكر الى ان التفوق العقلي مفهوم ثقافي نسبي قد يختلف من دولة لأخرى ما زال هناك اختلاف في الحضارات والثقافات، فما يعتبر تميزاً في بلد ما قد لا يكون كذلك في بلد آخر.

وقد يعد تميزاً في زمن ما وقد لا يكون كذلك في زمن آخر، فلا يمكن ان يكون هذا المصطلح مطلق، وانما يرتبط بالزمن والمكان والكائن الحي (وما يرتبط به من متغيرات كثيرة).

وقبل الانتقال الى نقطة أخرى لابد من الإشارة الى ان معاملات الذكاء تكون مؤشراً قوياً بشكل عام على التحصيل والانجاز. كما يكون في ذات الوقت

---

(1) Kilpatric, W. C. (1961) Aphilosophic Veiwpoint. In Samual Evertte, Education for the Gifted. NewYork : K. Harper Brother, P. 43.

(2) Vernon, P. E. and Others (1972) The Psychology and Education of Gifted Children. London: Methuen Co Ltd . PP. 50-56.

(3) مرسى، كمال ابراهيم (1981) الطفل غير العادي من الناحية الذهنية (الطفل النابغة). القاهرة: دار النهضة العربية.

التحصيل والانجاز مؤشراً قوياً على درجة الذكاء عند الفرد. وفي هذا السياق يمكن القول بشكل عام كلما ازدادت درجات الذكاء كلما كان ذلك مؤشراً على التحصيل والانجاز المتميز أو على ازدياد التحصيل، وكلما ازداد التحصيل والانتاج تألقاً كلما كان مؤشرا على درجة الذكاء العالية للفرد.

وهناك من اعتمد السمات السلوكية في تعريف الموهبة والتفوق، ومن التعاريف التي أشارت الى ذلك تعريف در (Durr) في جروان [1] والذي يقول "ان الطفل الموهوب والمتفوق يتصف بنمو لغوي يفوق المعدل، ومثابرة في المهمات العقلية الصعبة، وقدرة على التعميم، ورؤية العلاقات، وفضول غير عادي، وتنوع كبير في الميول.

إن هذه السمات اضافة الى الجانبين الرئيسيين اللذين استخدما في تحديد الموهبة والتفوق وهي مقاييس الذكاء، والتحصيل الدراسي تكون صورة أكثر شمولية عن قدرات الفرد إذ هي تغطي الجوانب التي لم تغطيها اختبارات الذكاء واكثر من تميز في هذا الجانب رينزولي وآخرون Renzulli and Others الذين أشاروا الى عشرة جوانب للسمات السلوكية وهي الجانب التعلمي، والدافعية، والقدرة على القيادة، والإبداع الفني، والموسيقى، والابتكارية، والمسرح، ودقة الاتصال، التعبيرية في الاتصال والتخطيط.

وبالرغم من انها تغطي جوانب مهمة لا تغطيها اختبارات الذكاء الا انها قد تختلف عن مقاييس الذكاء في مدى صلاحيتها وموثوقيتها.

تشخيص المتفوقين عقلياً

لم يستخدم محك واحد في تشخيص المتفوقين، وانما استخدمت عدة محكات تتفاوت في درجة القبول، فمنها ما يعتمد على الوصف الظاهري واخرى تعتمد على

---

(1) جــروان، فتحي (1999) الموهبة والتفوق والابداع. الامارات العربية المتحدة، العين: دار الكتاب الجامعي، ص 54 .

التحصيل والانجاز وثالثة تعتمد على معاملات الذكاء التي يحصل عليها الفرد في أحد اختبارات الذكاء، واستخدمت مقاييس الابداع ومقاييس التقدير كوسائل لتشخيص المتفوقين والموهوبين ويمكن استعراض ذلك بما يلي:

1- **الطريقة الوصفية:** وهي من اقدم الطرق استخداماً في تشخيص المتفوقين التي تعتمد بشكل أساسي على السمات الجسمية والسلوكية إذ يرون أن هناك علاقة وثيقة بين الناحية الجسمية والناحية العقلية إذ قد تكون الأولى منبئاً ومؤشراً على الثانية.

ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن نفصل تماماً بين الجوانب الأربعة المكونة للذات وهي الجسمية والعقلية والانفعالية والجسمية وكل منهما يؤثر في الاخرى بدرجات متفاوتة الأمر الذي يفرز بظلاله على السلوك الانساني، وقد تعتمد هذه الطريقة على الفراسة، ولكن هل يمتلك الناس جميعاً صفة الفراسة؟ والجواب سيكون بالتأكيد لا ويفترض ان يتصف صاحب الفراسة بسمات عقلية متميزة. ومع ذلك لا يمكن التسليم بهذه الطريقة، ويمكن القول أن صاحب الفراسة قد يستفيد من بعض المؤشرات للتنبؤ بالقدرة العقلية للفرد.

لكننا لا نستطيع الاعتماد على هذه الطريقة لانها لا تتسم بالموضوعية والعلمية وخاصة في القرن العشرين عندما ظهرت محكات علمية يمكن الاعتماد عليها.

2- **المحك السيكومتري:** الذي يعتمد على معاملات الذكاء في تشخيص المتميزين ويعرف المتفوق وفق ذلك، ولا يوجد اتفاق بين المهتمين على تحديد درجة واحدة لهم فمنهم من يقول أن لا تقل عن 120° ، وآخرون يقولون لا تقل عن 130° ويعتبر تيرمان صاحب الدراسة الرائدة في مجال المتفوقين من أوائل الباحثين الذين اعتمدوا على نسب ذكاء لتحديد التفوق والتي لا تقل عن 130°

ولا يتفق دنلاب (Dunlap) مع تيرمان في التقيد بنسبة الذكاء، ودعا الى خفض هذه النسبة، حيث قسم المتفوقين الى ثلاث فئات: [1]

1- فئة الممتازين: وهم من تتراوح نسب ذكائهم ما بين 120 ْ و 125 ْ أو 135 ْ و 140 ْ إذا ما طبق عليهم مقياس ستانفورد بينية.

2- فئة المتفوقين: وهم من تتراوح نسب ذكائهم ما بين 135 ْ أو 140 ْ و 170 ْ إذا ما قيس ذكاؤهم بمقياس ستانفورد بينية.

3- العباقرة وتبلغ نسبة ذكائهم 170 ْ فما فوق وتتراوح نسبة هؤلاء الاطفال ما بين 0.01% إلى 0.001% من مجموع الأطفال.

ان هذه الطريقة والتي تسمى بالسيكومترية قد تتفاوت داخل البلد الواحد فمثلاً يشير جروان [2] الى ان ولاية كارولينا الشمالية تعرف الموهوب والمتفوق بأنه الطفل الذي يقع ضمن أعلى (10%) (أي بمستوى نسبة ذكاء تقارب 120 ْ) من مجموع طلبة مدارس المنطقة التعليمية على اختبارات الذكاء والتحصيل ومقاييس السمات السلوكية، بينما في كاليفورنيا يكون الطفل موهوباً ومتفوقاً اذا كان ضمن اعلى (2%) وفي ولاية بونيتكت اخذت نسبة 5% ، اما في جورجينا فاعتمدت نسبة (3%) لذلك لا يوجد اتفاق بين بلدان العالم، وقد يكون الاختلاف في البلد الواحد كما هو واضح في المثال السابق.

وعلى أية حال فإن نسبة الذكاء هي الوسيلة الاكثر انتشاراً في العالم لتشخيص القدرات العقلية للأفراد ، ومن أشهر المقاييس التي استخدمت في قياس القدرة العقلية للمتفوقين والموهوبين هي:

1- مقياس ستانفورد بينية للذكاء The Stanford Binet Intelligence Scale

2- مقاييس وكسلر للذكاء The Wechsler Intelligence Sacle

(1) عبد الغفار، والشيخ، (1985) مصدر سابق، ص 85 .

(2) جروان، فتحي (1999) مصدر سابق، ص 51 .

3- مقياس مكارثي للقدرة العقلية The McCarthy Sacles of Children Abilities

4- مقياس جودانف هاريس للرسم Good enough Harris Drawing Test

ولكن لا يمكن ان نسلم بها بشكل مطلق لأن هذه الاختبارات لا تعطينا صورة كاملة عن الوظيفة العقلية للفرد من خلال رقم بسيط يكون ناتجا لعوامل محددة تعتمد على الجانب النظري، فمقياس ستانفورد بينيه متكون من عشرة عوامل هي ثلاثة عوامل لفظية، وعاملان للتذكر، وعامل مكاني، وعامل استدلال منطقي، وعامل غلق، وعامل ادراك مكاني، وعامل حرص ولكن لا تقيس اختبارات الذكاء المواهب الفنية، والمهارات الميكانيكية، والمهارات القيادية، والمهارات الاجتماعية، ومهارات التفكير المتشعب، أضف إلى ذلك ان اختبارات الذكاء التي وضعت قبل عشرات السنين قد لا تنسجم مع التطور الحاصل في ميادين العلم والثقافة الذي اثر بشكل ايجابي في تطور القوى العقلية للإنسان، فضلاً عن ان الدرجة التي يحصل عليها الفرد تتأثر بعوامل كثيرة تتعلق بالفرد نفسه، والاختبار ذاته، ومطبق الاختبار، والظروف الزمانية والطبيعية، والجوانب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. وان اهم الانتقادات التي وجهت لاختبارات الذكاء هو تحيزها الثقافي والعرقي والطبقي.

3- **محك التحصيل الدراسي** والتي تعتمد على التحصيل الدراسي كأساس في تشخيص المتفوقين عقليا إذ يعد مؤشراً قوياً يتنبأ به على قدرات الفرد العقلية وخاصة إذا كانت الاختبارات التحصيلية تتسم بالعلمية والموضوعية، ويعتبر هذا المحك من أسهل المحكات التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص المتفوقين. فلو ارادت دولة من الدول فتح مدرسة للمتفوقين، فيكون ذلك من خلال جمع الأوائل من المدارس. بينما إذا اعتمدنا على اختبارات الذكاء فهو يحتاج إلى وقت طويل وجهد كبير لتشخيص المتفوقين فضلاً عن سلبياته التي ذكرت سابقاً.

ولكن قد يتأثر التحصيل في عوامل كثير فالدرجة التي حصل عليها س (70) وهو في أحسن ظروفه من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وظروف الأسرة والدفع والتعزيز الذي يلقاه من والديه ليست كالدرجة ذاتها التي حصل عليها ص(70) والذي يفتقد الى ابسط الظروف الطبيعية التي تدفعه للمتابعة والمثابرة. فالأول يعيش في أسرة ميسورة الحال له غرفة خاصة به مزودة بكل ما يحتاج اليه بينما الثاني يعيش في حالة فقر مدقع في غرفة واحدة مع أفراد أسرته لا تتوفر فيها أبسط شروط الصحة.

لذلك يتأثر التحصيل الدراسي في عوامل كثيرة أهمها هي الدافعية التي ترتبط بالعوامل التي ذكرت سابقاً فضلا عن موضوعية وعلمية الأسئلة التي غالباً ما تكون في واقع الحال تفتقد الموضوعية والعلمية والشمولية والتي لا يمكن ان نقيس من خلالها القدرات الحقيقية للفرد.

4- مقاييس الابتكار (الابداع)

وهي من المقاييس التي تستخدم للكشف عن الموهبة والتفوق على اعتبار ان الابتكارية (الابداع) احدى مكوناتها، ومن خلال هذه المقاييس يمكن قياس التفكير المتشعب (Divergent Thinking) الذي يتميز بتعدد الاستجابات والجدة والاصالة اذ يبتعد هذا النوع من التفكير عن النمطية كما هو الحال بالنسبة للتفكير المحدد (Convergent Thinking) .

أما أشهر المقاييس التي استخدمت

- مقياس تورانس للتفكير الإبداعي: يتألف هذا المقياس من جانبين، الأول لفظي يتكون من سبعة اختبارات، والثاني شكلي يتكون من ثلاث اختبارات هي بناء الصورة، والاشكال الناقصة، والخطوط المتوازية، يصلح هذا الاختبار من مرحلة الروضة الى سن العشرين، يستغرق تطبيقه (75) دقيقة ويمكن تطبيقه بشكل فردي أو جماعي.

5- مقاييس التقدير للسمات الشخصية والعقلية

وهي عبارة عن مجموعة من العبارات الوصفية للخصائص السلوكية والتي تتفاوت درجة وجودها لدى الأفراد المتفوقين والموهوبين، ومن أشهر المقاييس لتقدير الخصائص السلوكية للأفراد المتفوقين والموهوبين هي مقاييس رونزلي (Renzulli) [1] وتتعلق هذه المقاييس في مجالات متعددة كالتعلم والدافعية والقيادة والابداع والفنون والمسرح والاتصال والتعبير.

إن الاعتماد على محكات متعددة للمعرفة الكاملة الشاملة لقدرات الفرد العقلية، هو ما يطالب به المختصون في مجال علم النفس والتربية الخاصة لان محك واحد لا يعطي صورة كاملة وواضحة عن القدرات العقلية للفرد، لذلك يصار الى تطبيق عدة محكات لمعرفة القدرة العقلية العامة للفرد والقدرة على التفكير الابتكاري والقدرات الميكانيكية والفنية والقيادية والاجتماعية والرياضية، ولكن قد يكون صعباً في واقع الحال تطبيق هذه الاختبارات جميعا إذ لا يمكن لاي دولة ان تتبع ذلك في تشخيص المتفوقين، وقد يكون ذلك في بعض الدراسات الضيقة.

كما أن المتفوقين قد يكونون في جانب دون آخر، فقد يتميز فرد في قدرته على التفكير الابتكاري بينما آخر قد يتميز بقدراته الفنية، وآخر يتميز بقدرته الميكانيكية، أو قد يتميز بأكثر من قدرة.

فمثلاً ميرلاند (Marland, 1972) [2] يرى المتفوقين هم الذين يظهرون انجازاً أكاديمياً عالياً إضافة الى واحدة أو أكثر من القدرات التالية:

(1) Renzulli, J. and Others (1976) Scales for Rating the Behavioural Characteristics of Superior Students. V.S. Mansfield Center, CT: Creative Learning Press.

(2) Marland, S. P. (1972) Education of the gifted and talented Report to the Congress of the United State by U.S Commissioner of Education Washington D.C. U.S Government Printing office.

1- قدرة عقلية عامة: General Intellectual Ability

2- استعداد اكاديمي تخصصي: Specific Academic Aptitude

3- تفكير إبداعي (ابتكاري) Creative or Productive thinking

4- قدرة قيادية: Leadership Ability

5- الاداء الفني المتميز Visual and Performance Arts

6- المهارة الحركية Psychomotor Ability

وفي هذا السياق يرى عبد الغفار والشيخ [1] أن التلميذ يعد متفوقاً إذا استوفى أي شرط من الشروط الآتية:

1- أن تكون لديه نسبة ذكاء مقدارها 120 ° على الأقل تمَّ تحديدها بواسطة أحد اختبارات الذكاء اللفظية.

2- أن يكون لديه مستوى تحصيل مرتفع يضع الطفل بين افضل 15% الى 20% من مجموع الاطفال الذين يماثلونه في العمر الزمني.

3- أن يكون لديه مستوى عال من الاستعدادات الخاصة مثل الاستعداد العلمي والفني أو القيادة الاجتماعية.

4- أن يكون لديه مستوى عال من القدرة على التفكير الابتكاري.

وهنا في هذا الباب لابد من الإشارة الى أن التفوق لا يكون بالضرورة في جوانب متعددة وقد يكون بجانب واحد كالفني أو المهاري أو الأدبي أو العلمي. ولكن الواقع الحالي للتعليم قد يحبط باجراءاته الروتينية هذه المواهب، ولعدم وجود وسائل علاقة بين المؤسسات التعليمية والمراكز الخاصة التي يمكن من خلالها أن تستثمر اللمحات الابداعية في أي جانب من الجوانب الانفة الذكر، فضلاً عن ان القبول تحدده الدرجة التي حصل عليها المتعلم، فقد يحصل (س) على أعلى

(1) عبد الغفار، والشيخ (1985) مصدر سابق، ص95 .

الدرجات في مادة دون غيرها بينما تكون درجاته الاخرى منخفضة، ويعتمد في القبول على المعدل العام، ولا ينظر الى الدرحة التي تميز بها.

وقد لا يؤخذ بالتوصية أو التقرير الذي يكتب من المدرس أو الادارة التي تظهر قدرته الفائقة في مجال ما. أو قد لا يهتم اهتماماً كافياً بالبطاقة المدرسية التي ترافق التلميذ من سنته الاولى الى أن يكمل الدراسة الثانوية وفيها فقرات على غاية من الاهمية لمعرفة التلميذ بشكل كامل بكل جوانبه، ولا تعطي أي وزن في القبول بالجامعات، وهذا ما هو ملموس في الواقع الامر الذي يجعل المدرس يتراخى، ولا يعطي الاهتمام الذي يفترض ان يعطيه لاكمال البطاقة المدرسية على الوجه الأمثل، وهذا ما لمسه الكاتب خلال عمله التدريسي لسنوات عديدة في العراق، ان ذلك يدعونا للقول ان كثير من القدرات والمواهب الخفية غير المستثمرة تحتاج إلى من يأخذ بيدها ويرعاها من خلال توفير جميع المستلزمات التي تشحذ هممهم، وتزهر استعداداتهم، وتشرق مواهبهم وخلاف ذلك يعد هدراً غير مرئى.

تصنيف المتفوقين عقلياً

لقد ظهرت عدة تصنيفات بعد منتصف القرن العشرين من وجهات نظر مختلفة. فعندما يظهر فرد براعة متميزة فيها نفع كبير للمجتمع الذي يعيش فيه وللعالم، ويسهل العيش لبنى البشر في جانب يعد مهما لهم سميت هذه بالموهبة النادرة (Scarcity Talent) مثلاً اكتشاف جونيس سالك (Joneas Salk) للقاح شلل الاطفال الذي كان يقتل باعداد كبيرة من الأطفال والعالم، وداروِن في نظريته عن النشوء والارتقاء.

أما المواهب التي تستثير مشاعر الناس واحاسيسهم ومدركاتهم، ولكن لا ضرر على الانسان بدونها، لكنها يمكن ان تنمى الذوق والاحساس عند الفرد سميت هذه بالموهبة الفائقة (Surplus talent) مثل موهبة بتهوفن الموسيقية، وموهبة محمد عبد الوهاب في اللحن والغناء وموهبة أم كلثوم في الغناء.

وإذا ما وازنا بين النوعين السابقين لرأينا ان الأول اكثر أهمية في المحافظة على الإنسان، وتهيئة الوسائل الممكنة للحياة الأفضل، أما النوع الثاني من الموهبة فهي وان كانت مهمة لكنها لا ترقى ان تصل الى المستوى الأول.

أما اذا امتلك الفرد مهارات ذات مستوى عالٍ لاداء خدمة معينة كمهمة للأطباء والمعلمين والمهندسين فتسمى حينئذ الموهبة النسبية (Quata talent) .

وعندما تكون هناك قدرات أعلى مما هو مألوف تسمى بالموهبة الشاذة (Anamlous talent) كالقيام بعمليات حسابية أسرع من الحاسبة، أو قدرة فرد على القيام ببعض الحركات الرياضية كلوي الجسم من الخلف ليصلها الى الأرض. وهناك من يصنف التميز الى نوعين:

1- التميز الدراسي ويعرف من خلال اختبارات القدرات المعرفية أو اختبارات الذكاء.

2- الانتاج الابداعي المتميز: وهو انتاج شيء يتسم بالاصالة والجدة أياً كان منحاه ولكنه بالنتيجة يخدم المجتمع.

وقد أِشار زيكلر وكوتوفسكي (Siegler and Kotovsky) في الحروب[1] الى الفروق بين المتميزين دراسياً والمتميزين ابداعياً.

(1) الحروب، انيس (1999) نظريات وبرامج في تربية المتميزين والموهوبين. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، ص 104 .

جدول (12) يوضح الفروق بين المتميزين دراسياً والمتميزين ابداعياً

المتميزون دراسياً	المتميزون ابداعياً
1- يتم الكشف عنهم في مرحلة الطفولة ومن خلال التحصيل الاكاديمي واختبارات الذكاء.	1- يتم الكشف عنهم في مرحلة الرشد ومن خلال نوعية انتاجهم المتميز أو المبدع.
2- تتمثل طبيعة مساهماتهم في تعلم المعرفة	2- تتمثل طبيعة مساهماتهم في الاكتشاف
3- تكون مساهماتهم في مجالات واسعة	3- تكون مساهماتهم في مجالات محددة
4- الوقت اللازم لتحقيق الانجاز يمتد من دقائق الى شهور	4- الوقت اللازم لتحقيق الانجاز يمتد من شهر الى سنوات
5- ليس للابداع دور ضروري على الاغلب	5- للابداع دور ضروري ومهم
6- مستوى التزامهم بالمهمات يكون متغيراً حسب المهمة	6- مستوى التزامهم بالمهمات مرتفع
7- مستوى مفهوم الذات الايجابي لديهم متغير	7- مستوى مفهوم الذات الايجابي لديهم مرتفع
8- تركز ابحاث المتفوقين دراسياً على الانجازات التي يمكن تحقيقها في المستقبل	8- تركز ابحاث المتفوقين ابداعياً على تحصيلهم في الماضي

وقد أشرنا إلى تصنيف دنلاب سابق

أما آل شارع [1] فيصنف المتفوقين الى ثلاث فئات:

1- المتفوقين عقلياً وهم الأطفال الحاصلون على معاملات الذكاء 140 ° فأكثر على اختبار فردي

2- الاطفال المبدعون

3- الاطفال ذوو المواهب والقدرات الخاصة وهم من يبدون نبوغاً وتميزاً في بعض المهارات العقلية والمواهب الفنية كالادب والفن واللغات والرياضيات والميكانيكيا والالعاب الرياضية.

وقد تتخذ النسبة المئوية اساساً لتصنيف الموهوبين والمتفوقين فكلما ازدادت درجة الموهبة والتفوق قل عددها الذي يشكل نسبة مئوية اقل من المجموع العام وهي تتماشى تماماً مع التوزيع الطبيعي. فمثلا فريمان (Freeman) [2] يصنف الموهوبين والمتفوقين الى ما يلي:

1- اعلى من 1% موهوبون ومتفوقون بدرجة عالية جداً (رفيعة)

2- من 1-5% موهوبون ومتفوقون بدرجة عالية.

3- من 5-20% موهوبون ومتفوقون بدرجة متوسطة

وارى ان القول بشكل عام انه كلما ازدادت القدرات العقلية قلت النسبة المئوية من المجموع العام لا يختلف عليه اثنان، اما ان نضع نسبة عالية قد يجعل هناك اختلافاً باختلاف المكان والزمان وما فيهما من متغيرات مؤثرة في الموهبة والتفوق، فمثلاً هل هذه النسبة واحدة في البلدان المتحضرة وغير المتحضرة؟ الجواب بالتأكيد لا .

---

(1) آل شـارع، عبد الله نافع، الطفل الموهوب والتنمية، وزارة التخطيط، المملكة العربية السعودية، الرياض م ن22 -24 ربيع اول 1407هـ ، 24-26 تشرين الثاني 1986 .

(2) Freeman , J . (1991) Gifted Children Growing up. London, Cassell Educational Press.

مكونات التفوق

لقد تطرق المختصون في هذا المجال الى مكونات التفوق أو التميز، ولم يتفق جميعهم على مكونات معينة، وانما لكل واحد وجهة نظره تختلف في درجة قبولها. رونزلي (Renzulli) في الحروب [1]يرى أن التميز يتكون من تقاطع ثلاث حلقات من السمات الانسانية (The Three Rings Conception of Giftedness)

1- قدرة عقلية فوق المستوى العادي وتشمل القدرة العامة (General ability) وتتضمن مستويات عالية من التفكير المجرد، والقدرة العددية، والعلاقات المكانية، والذاكرة، والطلاقة اللغوية، والقدرات التحليلية والتعليلية، واكتساب المعلومات، وكذلك القدرات الخاصة (Specific abilities) وتتمثل في القدرة على اكتساب المعرفة والمهارات والاداء من جانب واحد أو اكثر من الانشطة التخصصية كاستراتيجية حل المشكلات في مجال متخصص كالكيمياء والرياضيات والموسيقى. ويمكن أن تتفرع هذه القدرات الخاصة الى فروع أخرى متخصصة كالكيمياء بفروعها أو الرياضيات بفروعها أو الموسيقى بفروعها.

2- الالتزام بالمهمة Task Commitment إن القدرات السابقة قد لا تؤدي إلى عمل أو انجاز متميز ما لم يكن هناك مثابرة وعمل مستمر وشاق يتطلب تحمل وتصميم وقوة إرادة وثقة بالنفس، والتفاعل مع آخرين واعمالهم مرتبطا ذلك بنقد بناء.

وكل المتميزين والعباقرة لم يتوصلوا الى انجازاتهم لكونهم اصحاب قدرات عقلية متميزة وانما وصلوا الى ذلك عن طريق الكفاح والمثابرة المستمرة اضافة الى قدراتهم المتميزة. وهذا ما أشار اليه أديسون عندما سئل عن سبب تميزه.

(1) الحروب، أنيس، مصدر سابق،ص ص 32-33 .

جـ- الابداع: ان النقطتين السابقتين قد لا تكون كافية لاحداث حالة التميز والتفوق مالم تتوفر عند الفرد المرونة والجدة والحساسية للمشكلات التي هي أساس في عملية الابداع. لذلك تعتبر هذه النقاط مجتمعة ككل لانجاز التفوق، ولا يحدث بواحدة منها، أو اذا نقصت احداهما ، وانما تتكامل جميعها لتحقيق الأداء المتميز. بينما يشير تاننباوم (Tannenbaum) [1] ان الموهبة هي محصلة لعوامل خمس هي:

1- القدرة العقلية العامة (General Ability) .
2- القدرة الخاصة (Specific Ability)
3- العوامل غير العقلية (Non Intellective Factors) كالعمل الدؤوب والرغبة الجادة للانجاز.
4- العوامل البيئية (Environmental Factors) الغنية المعززة المشجعة، وكل ما يتعلق بها.
5- عوامل الحظ (Chance Factors)

وقد يسبب نقص احد هذه العوامل الخمسة إلى عدم تحقيق الموهبة كما ينبغي.

أما فيلدهوسن (Feldhusen) [2] الذي تابع مسيرة عشرين عاماً في مجالات التربية والسياسة والعلوم، ونتيجة لتحليله هذه الشخصيات توصل الى ان مكونات التفوق هي:

1- القدرة العقلية العامة: وهي المرتكز الأساسي للتفوق إذ هي تشترك في جميع العمليات الخاصة بالنشاط العقلي المعرفي.

(1) Tannenbaum, A. J. (1983) Gifted Children Psychological and Educational Perspectives. NewYork: Macmillan.

(2) Feldhusen, J. E. (1985) A Conception of giftedness in R. J. Sternberg and J. E. Davidson (Eds) Conception in Giftedness. NewYork: Cambrige University Press.

2- المواهب الخاصة (Special Talents) ويستدل عليها عن طريق الانتاج في مجالات الموهبة التي تختلف من باحث إلى آخر فيرى رنزولي [1] (Renzulli)

مجالات الموهبة كما يلي:

1- التعليم 2- الدافعية 3- الابداع 4- القيادة 5- الفن

6- الموسيقى 7- التمثيل 8- مهارات الاتصال الدقيقة

9- مهارات الاتصال التعبيرية 10- القدرة على التخطيط

في حين يربط فيلدهوزن (Feldhusen) الموهبة بالمناهج الدراسية. ففي المجال الاكاديمي العقلي العلوم والرياضيات واللغة الانكليزية والدراسات الاجتماعية واللغة والكمبيوتر. وفي مجال الابداع الفني الرقص، والموسيقى، والتمثيل، والرسم البياني، والنحت، والتصوير. أما المجال المهني فيشمل الاقتصاد المنزلي، والقنوات الصناعية، والزراعة، والأعمال.

2- مفهوم الذات الايجابي (Positive Self Concept)

إن مفهوم الذات يعتبر عاملاً مهماً بالغ الأثر في توجيه السلوك ورسم مستوى الطموح. فهو قوة دافعة لتنظيم وضبط وتوجيه السلوك، إذ يحدد الاستجابات الذاتية في مواقف الحياة المختلفة، فكلما كان مفهوم الذات ايجابي كلما قام بوظيفته على الوجه الأمثل. لانه يسعى الى تنظيم عالم الخبرة من أجل التكيف مع الذات ومع الآخرين.

3- الدافعية للانجاز (Achievement Motivation)

وتعد من المكونات المهمة التي تدعو الى التميز أو التفوق، وهي وراء كل ما يقوم به الفرد من أعمال إذ هي حصيلة التفاعل بين القوى المختلفة التي تؤثر فيه داخلية كانت أم خارجية والمقصود بالقوى الداخلية هي مجموعة الحاجات

(1) Renzulli, J. S. (1984) What makes giftedness areexamination definition. Phi Delta Kappan, 60, 180-184.

والرغبات والاهتمامات والاتجاهات والقيم، أما القوى الخارجية فهي كل الوضعيات الجذابة التي يجد الفرد فيها نفسه كاتجاهات وتوقعات الآخرين والمكانات والتشجيعات وغيرها.

وتأسيساً على ذلك فان الدافع الأساسي للسلوك الإنساني انما هو الحاجة الى ما يشبه الكفاية، وهي قوة دافعة في كل منا تجعلنا دوماً نبحث عن مزيد من التميز والتفوق في الانشطة أو الأعمال أو الوظائف المهمة في حياتنا.

خصائص المتفوقين عقليا

ان المجالات الرئيسية للذات هي العقلية والجسمية والانفعالية والاجتماعية وهي جوانب لا يمكن الفصل بينهما بشكل كامل، إذ ترتبط كل منهما بالاخرى ولكن ليس بدرجة واحدة، فأي تميز أو قصور في أي جانب من هذه الجوانب قد يؤثر سلباً أو إيجاباً في الجوانب الأخرى.

فإذا كان تميزاً أثر ايجاباً في الجوانب الأخرى والعكس صحيح، ويرتكز علم النفس بشكل عام على معرفة الفروق الفردية بين الناس والذي يؤثر في السلوك الإنساني بمتغيراته الكثيرة.

وتعد خصائص المتفوقين عقلياً احدى النقاط التي درست من قبل المختصين لمعرفة السمات العقلية والجسمية والاجتماعية والانفعالية. وما هي درجة الاختلاف بينهم وبين الافراد الاعتياديين، وسوف نلقي بنظرة على هذه الجوانب الأربعة.

الخصائص الجسمية: هناك مقولة مشهورة يستخدمها عامة الناس وهي العقل السليم في الجسم السليم. وقد تكون هذه المقولة مقبولة إلى حد ما حيث اثبتت الدراسات في هذا المجال وخاصة التتبعية منها وجود علاقة بين الخصائص الجسمية والقدرات العقلية. ففي الوقت الذي نلاحظ أن هناك فروقاً إذا ما قورن بين الأطفال الاعتياديين والمعاقين عقلياً في الجانب الجسمي، كذلك نجد بالجانب الأخر أن هناك فروقاً بين الاعتياديين والمتفوقين عقلياً ولصالح الثانية وخير دليل على ذلك ما

توصلت اليه الدراسة الرائدة التي قام بها العالم تيرمان [1] والتي توصلت الى أن الأطفال الذين يتمتعون بمستوى عقلي عالٍ يفوقون اقرانهم الاعتياديين في الطول بما يعادل (2-6)سم، وفي الوزن كذلك بما يتراوح بين (2-5) كغم، كما أنهم أفضل في الصحة وأقل عرضه للأمراض.

وهذا ما يدحض الرأي الذي كان سائداً وهو أن الأذكياء في الغالب يكونون أصحاب أجسام ضعيفة.

كما توصل تيرمان إلى أن تقوس الأرجل وعيوب الأبصار وضيق الصدر كان أقل انتشاراً بين الموهوبين، ووجد أن الموهوبين أكثر وسامة وأجمل خلقه من زملائهم الاعتياديين.

وتوصل حسن [2] إضافة إلى ما ذكر سابقا إلى تفوقهم في المهارات الحركية اذا ما قورنوا بأقرانهم الاعتياديين كقوة الرجل والجذب والجري والقذف وقبضة اليد.

ولقد توصلت الدراسة الليبية التي قام بها سعيد [3] إلى أن المتفوقين عقلياً يتمتعون بسلامة البدن والخلو من العاهات، التفوق في الصحة العامة، واللياقة البدنية. وفي تقديري أن المسألة نسبية، ولا يمكن أن تكون بأي حال من الأحوال مطلقة، خاصة في الاعمار المتأخرة.

فعندما يأتي الطفل وهو صحي نتيجة للرعاية والظروف الصحية التي عاشتها الام يكون أقدر على الانطلاق باستعداداته وقدراته من ذلك الطفل الذي يأتي ضعيفاً غير معافى مع اعتقادنا بأن القدرة العقلية العامة هي استعدادات وراثية يجب

---

(1) الهاشمي، عبد الحميد محمد (1985) الفروق الفردية، ط3 . بيروت، مؤسسة الرسالة، ص 89 .

(2) حســن، محمد علي (1965) دراسة تحليلية لشخصية المتفوقين في جمهورية مصر العربية والمتطلبات التربوية والنفسية لرعايتهم. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، ص 95 .

(3) ســعيد، عــبد السلام علي (1985) الموهوبون في الجماهيرية. ليبيا، مصراتة: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والاعلان، ص 138 .

أن تتوفر لها الظروف الصحية الغنية لكي تنمو وتزدهر. لذلك فالتفوق يرتبط ارتباطاً كبيراً بالاستعدادات الوراثية وبالتنشئة الأولى للطفل، وما يرتبط بذلك من متغيرات كثيرة منها على سبيل المثال الحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وحجم الأسرة وعدد الاولاد.. الخ

ولكن، وبمرور الزمن، قد يركز المتفوق عقلياً بشكل أساسي على جانب واحد، ذلك هو الجانب المعرفي أكثر من الجوانب الأخرى، وربما لا يعطي وزناً للجانب الجسمي والمهارات الحركية لأن الأنشطة المعرفية سيطرت على لب عقله. وبالتالي قد يكون الاعتيادي إحياناً أفضل من حيث اللياقة البدنية من قرينه المتفوق، ولكن هذه ليست حالة عامة. هذا من جهة ومن جهة أخرى قد يؤدي القصور والشعور بالنقص أحياناً إلى التميز والتفوق من خلال استغلال بعض القدرات الخاصة بالفرد والنهوض بها بشكل متميز ليثبت ذاته للاخرين، وسنتعرض لهذه النقطة في نظريات التفوق وخاصة نظرية ادلر في علم النفس الفردي.

ولكن هل كل فرد فيه نقص أو عيب يتفوق؟ الجواب بالتأكيد لا على سبيل المثال أن الفاقدين البصر أقل في درجة الذكاء من أقرانهم المبصرين بشكل عام، ولكن قد يكون البعض القليل من هؤلاء أفضل من الاعتياديين كما هو الحال لبشار بن برد وأبو العلاء المعرى وطه حسين وغيرهم.

وأخيراً لابد من الإشارة أن للجانب الجسمي أثره في بلورة شخصية الفرد وما سيؤول اليه مستقبلاً فقد يكون أكثر قبولاً من الآخر الذي يشعر بالنقص، وقد يؤدي أحياناً إلى الاتزان الانفعالي نسبياً لأنه لا يمكن الفصل تماماً بين هذه الجوانب وإنما كل منهما يؤثر في الآخر. فالضعيف جسمياً يؤدي به الحال الى الانصياع والانقياد والاعتماد على الغير وإلى الخوف والقلق أحياناً. بحيث يؤثر بشكل سلبي في مفهوم الذات لديه، لأن مفهوم الذات يتكون من خلال ما يشعر به الفرد عن نفسه وما يفرزه المجتمع حيث يرى نفسه من خلال رؤية الآخرين له.

الخصائص العقلية

تعد الخصائص العقلية المؤشر الرئيسي للتفريق بين الأفراد المتفوقين وبين أقرانهم الاعتياديين إذ يتميزون بقدرات عقلية أعلى من الاعتياديين، كما يظهر من خلال المحكات المستخدمة سواء الاختبارات التحصيلية أو اختبارات الذكاء. ومن الدراسات الرائدة في هذا المجال دراسة تيرمان التي بدأت 1921 باختبار 1500 طفل يزيد نسبة ذكائهم عن 140، وأجريت دراسة تتبعية بعد سبع سنوات ثم اجريت دراسات تتبعية أخرى لهم عام 1934 ومن ثم 1940 وعام 1945 ونشر التقرير التفصيلي عن البحث عام 1947. أما آخر الدراسات التتبعية لهم فقد أجريت عام 1955 [1]

وقد تميز هؤلاء عن الاعتياديين في الجانب الاكاديمي والمهني حيث فاقوا أقرانهم الاعتياديين بصفين دراسيين وأحياناً ثلاث صفوف. أما في الجانب المهني فقد حقق 86% منهم مستويات مهنية عالية. كما توصلت الدراسة إلى استقرار الدافع التحصيلي الدراسي فقد وجد أن 66% من الرجال و 20% من النساء اكملوا دراساتهم العالية بعد حصولهم على درجات جامعية، وحصل من بين هؤلاء 14% من الرجال و4% من النساء على درجة الدكتوراة [2]. كما اشارت الدراسة إلى أن الأطفال المتفوقين عقلياً يتعلمون القراءة في وقت مبكر حيث تعلم 43% منهم قبل أن يلتحقوا بالمدارس و 20% منهم تعلم القراءة قبل الخامسة و6% منهم قبل سن الرابعة و2% منهم قبل سن الثالثة.

كما توصلت الدراسة إلى تميز فئة المتفوقين بالأنشطة العقلية كالذاكرة ومدى الانتباه، وفي المفردات اللغوية، وفي التفكير المنطقي، والتفكير الناقد،

(1) الشـيخ، سـليمان الحضري (1978) الفروق الفردية في الذكاء، ط2 . القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر، ص 327.

(2) عبد الغفار، والشيخ (1985) مصدر سابق، ص 98.

والقدرة على التعميم، وفي الحدس العام، وفي الاصالة، والمبادأة، وفي الرغبة للمعرفة واليقظة وفي روح الدعابة. [1]

وقد توصلت الدراسة الليبية التي قام بها سعيد [2] عن سمات الموهوبين العقلية ما يلي:

1- الرغبة في التعليم.

2- الاهتمام بالمستقبل والتفكير في الله والقضاء والقدر والموت .

3- حب تفحص الافكار الجديدة .

4- القدرة على التركيز والانتباه .

5- ربط الأفكار والخبرات السابقة باللاحقة .

6- سرعة التعليم قياساً بأقرانهم الاعتياديين.

7- تعدد الهوايات .

8- دقة الملاحظة.

9- قوة الذاكرة والحفظ بدون جهود كبيرة.

يظهر واضحاً تميز المتفوقين عقلياً في كثير من الأنشطة العقلية وخاصة العليا فهم أقدر من اقرانهم الاعتياديين في التحليل والتركيب والاستنتاج والاستدلال وحصر الذهن والانتباه والفهم والتركيز والمرونة والاصالة والطلاقة في الانتاج الابتكاري فضلاً عن سرعة فهمهم، واستيعابهم للغة والقراءة إضافة الى تعدد ميولهم وهواياتهم.

الخصائص الاجتماعية

سبق أن ذكرنا أن الجوانب الأربعة المكونة للذات وهي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية لا تنفصل عن بعضها البعض فكل منها يرتبط بالاخر،

---

(1) جابر، جابر عبد الحميد (1975) الذكاء ومقايسيه. القاهرة: دار النهضة العربية، ص 247 .

(2) سعيد، عبد السلام علي (1985) مصدر سابق ، ص 115-116 .

والجانب الاجتماعي يرتبط بالجانب العقلي، إذ توصلت الدراسات إلى أن هناك معامل ارتباط بين القدرات العقلية والتفوق الاجتماعي لان أحد التعريفات المشهورة للذكاء هو القدرة على التكيف، فكلما ازدادت درجة الذكاء كلما كان الانسان أقدر على التكيف وخاصة الاجتماعي. ومن النتائج التي توصلت اليها الدراسة الطولية "لتيرمان" أن التكيف الاجتماعي للمتفوقين عقلياً أعلى من أقرانهم الاعتياديين حيث وضحت الدراسة أن 93% من الرجال تزوج و90% من الأناث، وعندما طلب من الذين تزوجوا أن يقدروا مدى سعادتهم الزوجية، اتضح ان 85% منهم يرون أن سعادتهم الزوجية أعلى من أقرانهم الاعتياديين وان 06% فقط يرون أنهم أقل سعادة من أقرانهم الاعتياديين. كما أنه لم تحدث أي حالة طلاق على الاطلاق بين تلك العينة. كما توصلت الدراسة في ذات الوقت إلى ان الادمان والخمر والتشرد والاجرام كان أقل عند المتفوقين عقلياً قياساً بأقرانهم الآخرين. [1]

وقد أشار معوض [2] إلى أن مجموعتي النابغين والأذكياء قد تفوقتا على مجموعة الاعتياديين في العلاقات الاجتماعية بفروق ذات دلالة احصائية، حيث كانا يميلان إلى الاجتماع بالآخرين، وعقد علاقات اجتماعية ومهارات اجتماعية وتوجيه السلوك الاجتماعي وجهة طيبة، وشعور بسعادة وراحة في وجود الرفاق والكبار والتحدث معهم، كما اشارت الدراسة ذاتها الى أن المجموعتين السابق ذكرهما كانتا أكثر توافقاً في العلاقات المنزلية من الأفراد الاعتياديين بفروق ذات دلالة احصائية.

وقد قسم سعيد [3] في دراسته عن الموهوبين في الجماهيرية الليبية السمات الاجتماعية لكلا الجنسين، وتلك التي اتصف بها الذكور فقط، وكذلك التي اتصفت بها الاناث فقط، أما السمات التي شملت الجنسين فهي:

---

(1) عبد الغفار، عبد السلام والشيخ، يوسف (1985) مصدر سابق، ص 98.

(2) معوض، خليل ميخائيل (1983) قدرات وسمات الموهوبين. الاسكندرية: دار الفكر العربي، ص337-390.

(3) سعيد عبد السلام، مصدر سابق، ص 130-131.

1- المبادرة إلى العمل والاستعداد لبذل الجهد.

2- حب الحرية والاحساس بها.

3- تقديم العون للآخرين.

4- القدرة على كسب الاصدقاء.

5- القدرة الذاتية على مقاومة الفشل.

6- الميل الى الاشياء المقبولة.

7- ثقة الفرد بقدراته الذاتية على تنفيذ ما يريد.

8- القدرة على نقد الذات والاحساس بالعيوب الشخصية.

9- الطموح والاعتزاز بالنفس.

10- حب ممارسة النشاط الاجتماعي والثقافي.

أما السمات التي اتصف بها الذكور فهي:

1- تقبل اقتراحات الآخرين.

2- الميل الى حضور الحفلات والمناسبات العامة.

3- العمل الانفرادي والاعتماد على النفس.

4- تفضيل صداقة الموهوب الاعتيادي .

5- حب الحرية والاحساس بها.

أما السمات التي اتصفت بها الاناث فهي:

1- الشعور بالانتماء الى الجماعة رغم عدم مسايرتها.

2- تفضيل التنافس على التعاون.

3- كراهية العمل في مواقف تحكمها قواعد صارمة.

ومن الجدير بالذكر أن الكاتب كان يسأل طلبته لعدة سنوات وهو هل كنتم ترغبون في الطلبة المتفوقين في المراحل الاعدادية والثانوية وكانت اجابة معظمهم بالنفي وافسر ذلك بأن المتفوق كان موضع حسد وغيره، كما يدعوهم ضمناً إلى تأنيب الضمير لانه أفضل منهم، كما قد يكون هو الآخر لا يحب مصادقة من هو

أدنى منه، لذلك نرى أن احدى السمات الاجتماعية التي يتميز بها أصحاب القدرات العقلية العالية وهي مصادقة من هو أكبر منهم سناً، وقد يكون بقدر عمره العقلي لأن الفرد الذي يكون عمره الزمني 10 سنوات وعمره العقلي 14 سنة يحاول أن يصادق من هو بعمره العقلي. وقد ينطبق الحال على المعاقين عقلياً فالمعاق يميل في أغلب الاحيان الى مصادقة من هو أصغر منه سناً كما يسعى المتفوق جاهداً لاظهار نفسه بما ينسجم وقدراته الذاتية. الأمر الذي يجعله متميزاً عن أقرانه. كما قد تكون الهوايات والميول مختلفة عن الطلبة الاعتياديين وبالتالي قد لا يكون هناك إنسجام بينهم وبين أقرانهم الاعتياديين.

وتشير بعض الكتب إلى عدم قدرة المتفوقين عقلياً في انشاء علاقة اجتماعية سليمة مع أقرانهم، وقد تكلم البعض كما أفاد إلى ذلك عبد الغفار والشيخ(1) عن جنون العبقرية مؤداه أن الشخص العبقرى وهو من يتصف بقدرة عقلية فائقة مجنون أو شاذ على الأقل في سلوكه. وشاعت قصص كثيرة بعضها خيالي مبالغ فيه وبعضها الآخر له نصيب من الصحة كفصل فان جوخ أحدى اذنيه واعطاءها لحبيبته، واستخدام عالم في الرياضيات لمسند أحد المقاعد في سيارة عامة في كتابه أحدى نظرياته.

السمات الانفعالية

كما راينا في السمات الاجتماعية أن هناك عدم اتفاق بين المهتمين على السمات الاجتماعية والحال يتكرر كذلك في السمات الانفعالية ليصل إلى حد التضارب فهذا هولند Holland (2) توصل في دراسته إلى أن المتفوقين عقليا يتميزون بأنهم جادون ومكتفون ذاتياً ولديهم قدرة ممتازة على ضبط النفس ويتحملون المسؤولية وهادئون ومسالمون.

---

(1) عبد الغفار، الشيخ، (1985)، مصدر سابق، ص 105-106 .

(2) المصدر السابق نفسه، ص 108 .

بينما توصل دريفدول وكاتل إلى أن المبتكر شخص ذكي وناجح من الناحية الانفعالية مسيطر يميل إلى المخاطرة، واقتحام المجهول، ويميل إلى الانطوائية، مكتف ذاتياً، متوتر لا يحب المخالطة وإنشاء علاقات اجتماعية مع غيره، وهو مكتئب إلى حد ما .

في حين يرى عبد الغفار أن الشخص المبتكر هو شخص مرح سريع النكتة حاضر البديهة، واجتماعي سهل المعاشرة، والتكيف خيّر، ومتعاون، وصريح يمكن الاعتماد عليه، والثقة به، وهو شخص سعيد بنفسه وحياته ويعبر عن نفسه بسهولة دون أي آثار ليستدل منها على وجود كف عنده.

وتوصل معوض [1] إلى أن مجموعات النابغين والمبتكرين والاذكياء يتميزون على مجموعة الاعتياديين بأنهم اكثر ثباتاً في الانفعالات بفروق جوهرية ذات دلالة احصائية عند مستوى 1% .

وتوصل رأفت وعبد الغفار وسيف [2] إلى أن المتفوقات عقلياً تميزن بقوة الذكاء الذي يدل على الثبات الانفعالي والنضج. وكشفت الدراسة عن الاستقرار بالاتجاهات والميول الذي يدلل على الاتزان أكثر من قريناتهن الاعتياديات وكانت الفروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 1% .

أما الدراسة الليبية التي أجراها سعيد [3] على الموهوبين فقد توصلت إلى أن السمات الانفعالية للموهوبين هي:

المرح وروح الدعابة، سريع الرضا اذا ما غضب، متعاون، سهل، متواضع، متمتع بالصحة النفسية والعقلية، ولا يميلون إلى الانفراد والأنطواء والعزلة.

---

(1) معوض، خليل، ميخائيل، مصدر سابق.

(2) رأفت محمد نسيم، عبد الغفار عبد السلام، وسيف، فيليب صابر (1967) دراسة مقارنة عن شخصية المتفوقين والعاديين بين طلبة وطالبات المدارس الثانوية العامة، المجلة الاجتماعية القومية، مايو ص 33-54.

(3) سعيد، عبد السلام، مصدر سابق، ص 133-136 .

نلاحظ من الدراسات السابقة أن المهتمين في هذا المجال لا يتفقون تمام على السمات الانفعالية للمتفوقين، ولا يمكن القول بأي حال من الأحوال أن هناك صورة معينة للسمات الانفعالية التي تنطبق دائماً على المتفوقين إذ أن الفرد نسيج وحده، ولا يمكن ان نجد اثنين يتطابقان تماماً كما يتطابق المثلثان، وانما يقترب أو يتشابه منه حتى أن التوأم المتطابق لا يكونان متطابقين لأن النفس البشرية وما يرتبط بها من عوامل بيولوجية وتكوينية وطبيعية واجتماعية واقتصادية وثقافية في غاية التعقيد فلا يمكن أن تكون هناك سمات ثابتة واحدة للجميع.

ولكن في تقديري قد تكون بعض السمات مشتركة بشكل عام كالمثابرة وتحمل المسؤولية والثقة في النفس وضبط النفس، حساسية مرهفة، التطلع الى الكمال، الوعي المتعمق، عمق المشاعر، الاستغراق في القيم العليا لحاجات المجتمع، ولكن لا نستطيع أن نقول أنهم بشكل عام مرحون، وقد يكون بعضهم كذلك والبعض الآخر جدّى، وقد يكون بعضهم مسالم والبعض الآخر حدّى لا يتساهل، وقد يكون بعضهم منطوٍ وآخرون يتسمون بالانبساط، كما أن هناك من يتسم بأنه سهل المعاشرة وآخر يتسم بأنه صعب المعاشرة، وقد يتسم بعضهم بالغرور والكبرياء بينما آخرون يتسمون بالتواضع. وأخيراً يمكن القول أن المتفوقين عقلياً يتسمون بالصعوبة فيما يتعلق بالجانب العقلي أكثر من الجانب الاجتماعي.

نظريات التفوق

هنالك نظريات متعددة فسرت الموهبة والتفوق ومنها:

النظرية المرضية

لقد ربطت هذه النظرية بين التفوق بأشكاله وخاصة الابتكاري منه والمرض العقلي وهي نظرية قديمة، وقد تأثرت الثقافات القديمة العربية واليونانية بهذه النظرية التي اعتبرت العبقرية نوع من الشذوذ، وقد يتبادر إلى الذهن لاول وهلة أن كلمة الشذوذ تدل على اللاسواء أو الجنون أو التخريب أو الاجرام فهي تحمل معنى سلبياً. ولكن قد يكون التميز بأي أشكال التميز هو الشذوذ عن الاعتيادي. فالأطفال الذين يتميزون بمدى واسع عن المتوسط وفق النظرة الاحصائية وبالتالي يخضع المتفوق تحت خيمة الشواذ.

أما إذا انطلقنا من النظرية المثالية والتي تنظر إلى الشذوذ بأنه حالة الانحراف عن المثل العليا أو الكمال والشخص الاعتيادي هو الكامل الذي لا توجد فيه سلبية، وقد لا يكون الحال كذلك الا في أقلية نادرة، لأن الكمال صعب المرام لذلك وفق هذه النظرية يعتبر الشواذ هم الذين يمثلون الأغلبية على اعتبار أنه من الندرة أن نجد إنساناً كاملاً ليس فيه سلبية، أما الاعتياديون (الذين يتسمون بالكمال) هم القلة الشاذة عن المجموع العام.

إن النظرية المرضية لا يمكن القبول المطلق برفضها كذلك لا يمكن القبول بها بشكل مطلق إذ قد يرتبط أحياناً التميز والتفوق بحالات مرضية لأن الفرد المتفوق يتميز بسمات شخصية مميزة كالاحساس المرهف الوعي الثاقب والمبدئية التي قد تصطدم بواقع مؤلم بحيث يدرك أكثر من غيره بالحالات الماساوية التي يكون تأثيرها أكبر بكثير من تأثيرها على الاعتياديين الأمر الذي يحدث اللاتوافق النفسي والاجتماعي.

فمثلاً قد عانى جان جاك روسو الفيلسوف الفرنسي الشهير من الاضطراب العقلي الذي تضمن جنون العظمة (البارانويا) والاضطهاد. وهناك من يرى ان ارتباطاً وثيقاً بين العبقرية والمرض العقلي فكانهما صفتان متلازمتان وخاصة ارتباط العبقرية بالأمراض النفسية. [1]

وقد سألت لسنوات عديدة طلبة كلية السنة الرابعة في الجامعة عندما اتعرض لهذه النظرية عن الأفراد الذين أصبحوا مرضاء عقلياً أو ما يطلقون عليهم بالمجانين، وكيف كانت قدراتهم العقلية قبل هذه الحالة؟ وكانت الإجابة إنهم كانوا أكثر من الاعتياديين.

ولكن لا يمكن القول كما اسلفنا بأن كل عبقري يتصف بالجنون، وربما يكون لتميزه بسمات قد تختلف عن الاخرين يجعل هناك فجوة بينه وبين الاخرين وخاصة اقرانه الامر الذي قد يطلق عليه باللاسواء أو قد يؤدي هذا الحال الى سوء التكيف الاجتماعي الذي يؤدي كذلك الى سوء التوافق .

النظرية الفسيولوجية Physiological Theory

ترتبط هذه النظرية بالغدة الكظرية الموجودة فوق الكليتين، وهي من الغدد الصماء. وتتكون كل غدة من لب وقشرة، وتختلف كل منهما عن الأخرى من حيث الشكل والأداء.

فوظيفة القشرة وهو الجزء الخارجي افراز مجموعة من الهرمونات تسمى بالكورتين وهو الذي يتحكم بمستوى الصوديوم والبوتاسيوم والسكر والوظائف العضلية والجنسية وكمية الماء في البيئة الداخلية للجسم [2] وتفرز كذلك هرمونات شبيهات الجنسية مثل الاندروجين والاستروجين وبروجسيترون. أما المهم فيما يتعلق بالتفوق هو اللب الجزء الداخلي الذي يفرز هرمون الادرنالين، ووظيفته

(1) Vernon, P. E. Adamson, G. and Vernon, D. F (1972) The Psychology and Education of Gifted Children. London: Methuen and Co. PP. 50-56 .

(2) بهادر، سعدية محمد علي (1994) في علم النفس، ط10 . القاهرة: مطبعة المدني، ص 90 .

الأساسية مساعدة الفرد على التكيف للظروف البيئية المتغيرة، فأثناء الانفعال تؤدي إلى زيادة ضربات القلب، ونشاط الرئتين، وأفراز السكر والعرق. وقد توصل بعض العلماء أن زيادة افراز الادرنالين له ارتباط بالنشاط العقلي حيث وجدوا أن الافراز الادرناليني للمتفوقين أكثر من أفراز الاعتياديين. وهذا يعتبر مؤشراً على ان هناك إرتباطاً بين التفوق العقلي والنشاط الادرناليني. كما ظهر أن الذكور أكثر افرازاً من الأناث وهذا ما يدعم هذه النظرية. إذ أن معظم المتميزين والنوابغ والعباقرة عبر التاريخ هم من الرجال، ولو أن هذه النقطة قد تثير النقاش الطويل حول المسألة لأن المرأة مقيدة منذ القدم، ولم تعط لها الحرية كالرجل للانطلاقة والتحرر الذي ينعكس بشكل ايجابي على صقل القدرات العقلية.

نظرية التحليل النفسي الفرويدى

ارتبطت هذه النظرية بعالم النفس المشهور فرويد الذي علل التفوق في ضوء عملية التسامى أو الإعلاء Sublimation وعملية الإعلاء هو تحويل طريقة التعبير عن الواقع الغريزي إلى شيء يرغبه المجتمع بعد أن يكون الأول غير مرغوب فيه عن طريق كبته باللاشعور، واستغلال طاقته إلى شيء بديل ذي نفع له وللمجتمع الذي يعيش فيه على سبيل المثال يمكن أن تتحول الميول الاستعراضية الجنسية الطفيلية الى التفوق في التمثيل المسرحى.

لذا تعد مراكز الفنون والآداب والرياضة ضرورة لكل مجتمع من المجتمعات لكي تهيئ الظروف الموضوعية لاستغلال القدرات الهائلة للشباب استغلالاً فيه نفع للأفراد والمجتمعات التي يعيشون فيها. لذلك يمكن القول أن إحدى النقاط الأساسية التي يقاس من خلالها تحضر أي بلد من البلدان هي بمدى توفر المراكز الفنية، والمنتديات الأدبية والثقافية، وملاعب الرياضة والمكتبات التي يمكن أن تستغل الطاقات الهائلة للشباب بدلاً من أن ينجرف وراء الطاقة الغريزية التي تجر كثيراً من أفرادها إلى الانحراف وبالتالي تكون الخسارة للفرد والمجتمع.

نظرية علم النفس الفردي أدلر

لقد فسر أدلر التفوق في ضوء عقدة النقص، وهو شعور الفرد بقصور عضوي يعرقل أداء وظيفته الأمر الذي يؤدي إلى شعوره بالدونية، وقد يؤدي أحياناً الشعور بالنقص الاجتماعي والاقتصادي، أن هذا الشعور قد يدفع الإنسان جاهداً إلى عملية التعويض (Compensation) وقد يكون التعويض مباشراً وهناك أمثلة كثيرة على ذلك منها نبوغ بشار بن برد وأبو العلاء المعرى وطه حسين وملتون بالرغم من فقدانهم البصر، ونبوغ ديموستين في الخطابة بالرغم من أنه كان يعاني من عيب كلامي ونطقي والمتمثل بعيب ايقاعى يسمى اللجلجة Stammering ، وبراعة بيرون في السباحة بالرغم من عرجه، وبتهوفن الموسيقى المشهور الذي أبدع إبداعاً متميزاً في مجال الموسيقى بعد أن أصيب بالصمم.

لذلك يرى أدلر أن هذا النقص يخلق حافزاً للتفوق وهو من أقوى موجهات السلوك للنمو والتميز الفردى لاثبات ذاته، ولتغطية ذلك النقص، ونقرأ عبر الكتب التاريخية أن كثيراً من الاعلام المتميزة كانوا يشعرون بالنقص مثل هتلر ونابليون. وفي تقديري ومن خلال استقراء الواقع فإن قصار القامة يحاولون بشكل عام التميز والسيطرة لاثبات الذات في مجال أو اكثر كعملية تعويضية لما يشعرون بهم. كما نرى أحياناً أسلوب التفرقة الذي يتبع من الآباء يجعل بعضهم يشعر شعورا دونياً نتيجة لما يحسه من تعامل من قبل الوالدين كأن يميز الوالدان حسب الترتيب الميلادى أو الجنس او الناحية الخلقية أو من خلال تعدد الزوجات.وقد يخلق هذا الشعور حافزاً للتميز لاثبات الذات أو قد يؤدي هذا الشعور أحياناً إلى التذمر والانكفاء الأمر الذي يؤدي إلى مشاكل معقدة.

لذلك قد يمكن القول أن هناك مظاهر متشابهة للنقص لكن آثارها النفسية ليست واحدة فقد تدفع أحدهم الى النبوغ والعبقرية، وقد تدفع آخر إلى نزوات إنحرافية.

النظرية الوراثية

تقول هذه النظرية أن القدرات العقلية العامة أو تلك القدرات الخاصة تحدد بعوامل وراثية أكثر من العوامل البيئية، فقد اثبتت كثير من الدراسات أن العباقرة والأفذاذ انحدروا من سلالات اشتهرت بالتفوق العقلي، وقد ذكر جليفورد Gulliford [1] (56) بحثا ارتباطياً بدرجات قرابة متفاوتة. وقد اظهرت هذه الدراسات أثر الوراثة على البيئة والجدول الآتي يبين ذلك.

جدول (13) يبين أثر الوراثة

نوع أزواج المقارنة	عدد المجموعات	مدى معاملات الارتباط	متوسط معاملات الارتباط
توائم متماثلة ربوا معا	15	%95-%76	%88
توائم متماثلة ربوا منفصلين	4	%85-%62	%75
توائم غير متماثلة من نفس الجنس	11	%87-%44	%53
توائم غير متماثلة مختلفة الجنس	10	%66-%38	%53
أخوة عاديون ربوا معاً	39	%77-%30	%49
أخوة عاديون ربوا منفصلين	3	%49-%34	%46
آباء وأبناؤهم العاديون	13	%80-%22	%52
آباء وأبناؤهم المتبنون	4	%39-%18	%19
أطفال غير اقرباء ربوا معاً	7	%39-%17	%16
أطفال غير أقرباء ربوا منفصلين	7	%27-%04	%09

وقد كان هناك اعتقاد خاطئ وهو أن الخصائص الوراثية ثابتة غير قابلة للتغير، وأما الخصائص المتأتية من البيئة فهي عرضة للتغير. ولكن قد يرث فرد استعداداً لمرض معين لكنه قد يستخدم بعض الحمية التي تمنع هذا المرض كاستخدام الرياضة.

(1) Gulliford, J. P. (1967) The Nature of Human Inelligence. NewYork: McGraw Hill Co. P. 352 .

وفي تقديري أن للوراثة دوراً كبيراً وخاصة في الخصائص المادية أما الجوانب المعنوية فتتأثر تأثراً كبيراً بالبيئة التي يعيشها الفرد، أضف إلى ذلك أنه لا يمكن الفصل تماماً بين البيئة والوراثة وخاصة في جانبها السيكولوجي، إذ أن الجنين وهو في بطن أمه يتأثر بالظروف البيئية وما توفرها من جانب نفسي للام. فالجنين يتأثر بعوامل التغذية والشروط الفيزيقية والنفسية للام وما تتعرض له من ظروف.

النظرية البيئية

وهي نقيض النظرية الوراثية إذ تقول أن التفوق هو نتيجة للعوامل البيئية أكثر من العوامل الوراثية. وأن البيئة ليست واحدة فكل منا ينظر من زوايته الخاصة فالأبناء داخل الأسرة يمثلون بيئة أسرية واحدة، ولكل منهما بيئته الخاصة لأن دلالة المثيرات قد لا تكون واحدة للجميع.

فمثلاً يقول واطسن Watson المتطرف من انصار البيئة اعطوني اثنا عشر طفلاً أصحاء وذوي تكوين سليم، واعطوني عالمي الخاص بحيث أهيا لكل واحد منهم الظروف التي يمكن أن ينشأ عليها فاختار بشكل عشوائي أي واحد منهم لاضعه في ظروف بيئية لاكون منه طبيباً أو فناناً أو تاجراً أو لصاً.. الخ

لذلك يكون العبقرى واللامع من خلال الظروف البيئية التي يعيشها، وفي تقديري لا يمكن أن نستسلم الى الجانب البيئي بشكل مطلق كذلك الحال بالنسبة للجانب الوراثي ولكن يمكن القول أن الوراثة والبيئة عاملان غير مستقلين وأن هناك وشائك بينهما وكل منها يؤثر في الآخر فيشتركان معاً في بلورة ما سيؤول إليه الفرد من قدرات وإمكانيات.

النظرية الكيفية النوعية

ترى هذه النظرية أن للعباقرة قدرات خاصة لا تظهر عند الناس الاعتياديين وهذا ينسحب كذلك على المتفوقين. فالقدرات الموجودة عند افلاطون واديسون

ودارون لا توجد عند الاعتياديين فالاختلاف ليس بالدرجة وانما الاختلاف في النوع.

وفي تقديري أن هذه النظرية من أبعد النظريات للقبول العقلي والمنطقي.

النظرية الكمية

وهي تختلف عن النظرية السابقة في أن الاختلاف بين المتفوقين والاعتياديين هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع، وهو ما يتماشى مع روح الفروق الفردية بين البشر. إذ أن جميع الافراد ليسوا على درجة واحدة في كل شيء، وانما هناك تفاوت بينهما في أي سمة أو صفة.

الذكـــاء

تعددت وجهات النظر حول مفهوم الذكاء لتعدد المهتمين به، فهو لا يقتصر على عالم النفس وانما كان اهتمام عالم الاجتماع والتربية والطبيب وعالم الانثروبولوجيا.

فهناك من يرى أنه قدرة عامة موروثة، وهناك من يراه مكتسباً، وآخر يقول أنه استعداد فطري يتطلب بيئة صحية غنية لكي ينمو ويتطور.

أما ادبيات الموضوع فتشير إلى تعريفات متعددة منها ما يتعلق بوصف الذكاء أو عمليات التعلم. فيرى شتيرن الالماني (Stern) أن الذكاء هو التكيف المقصود لظروف الحياة الجديدة، أما بنتر (Pinter) فيعرفه بأنه قدرة الفرد على التكيف بنجاح مع ما يستجد في الحياة من علاقات. [1]

ويؤكد وودرو Woodrow على التعلم إذ يعتقد أن الذكاء هو القدرة على كسب الخبرات. [2]

(1) جابر، جابر، عبد الحميد (1975) ، مصدر سابق، ص 40.

(2) راجح، احمد عزت (1951) أصول علم النفس. القاهرة. المكتب المصري الحديث، ص 307 .

أما تيرمان Terman فأكد في تعريفه على التفكير حيث يرى الذكاء هو القدرة على التفكير المجرد، ويراه سبيرمان (Spearman) هو القدرة على تجريد العلاقات والمتعلقات. كما أن نيومان Newman يراه استعداداً عاماً للتفكير الاستقلالي الانتاجي. (1)

في حين ينظر وكسلر إلى الذكاء بشكل أكثر شمولية ليغطي التفكير والتكيف البيئي حيث يعتقد (2) أن الذكاء هو القدرة الكلية لدى الفرد على التصرف الهادف والتفكير المنطقي والتعامل المجدى مع البيئة. وأيا كانت التعريفات فأن المهم ما يفرزه الذكاء من سلوك فاعل ونشط لانه ليس شيئاً ملموساً يمكن تحديده وإنما يستدل عليه من خلال السلوك الذي نستلهم منه أنواعاً مختلفة من التفكير وقدرات على التكيف والتعلم.

الذكاء بين الفطرة والإكتساب

أجريت دراسات عديدة في هذا الموضوع كل منها يؤيد جانباً فهناك بعض الدراسات تؤكد على الاكتساب ودوره في السلوك الإنساني، والأخرى تؤكد على الجانب الوراثي وخاصة تلك الدراسات التتبعية، فالدراسات التتبعية التي أجريت على العباقرة اثبتت أنهم انحدروا من عائلات كانت تتميز بالتفوق العقلي.

وقد أشار أرثر جونسون Johnsone (3) في مقالة عام 1969 أن الوراثة تساهم بـــ 80% و 20% للعوامل الأخرى، وأضاف أن تحسين البيئة والتعلم لتعويض ومساعدة الأطفال بوضعهم في برامج خاصة لتحسين مهاراتهم المعرفية وتحسين تحصيلهم في اختبارات الذكاء لا تجدى فتيلاً ويرى أن تفوق السلالة البيضاء على السلالة السوداء هو نتيجة لعوامل وراثية وهو نتيجة للجينات غير

---

(1) ياسين، عطوف محمد (1983) اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال. بيروت: دار الاندلس، ص 46 .

(2) معوض، خليل ميخائيل، مصدر سابق، ص 94.

(3) ياسين، عطوف، محمود، مصدر سابق، ص 218 .

الجيدة عند السود إذ أن السود في أمريكا يقلون في اختبارات الذكاء بحوالي 15 نقطة عن البيض.

ومن الدراسات الرائدة التي يستشهد بها في دور الوراثة الدراسة التتبعية لعائلة كاليكاك حيث كان مارتن كاليكاك نقيباً في الجيش، والتقى في احدى الحانات بأمرأة لم تتصف بالشرف والذكاء وأنجب منها، ثم تزوج أخرى من عائلة محترمة وعادية الذكاء، وعند متابعة نسلهما لأجيال متعددة ظهر أن هناك فارقاً كبيراً بين النسلين حيث كثر ضعاف العقول والمجرمون والسراق في النسل المتأتى من المرأة الأولى. بينما تميز النسل الثاني بالذكاء الجيد والقبول وأمتهنوا وظائف محترمة. ويعد جالتون من أشهر الاعلام الذين يعتقدون بدور الوراثة والذي يرى ان العاملين الذين يميزان درجة ذكاء الفرد هما قوة الحواس والطاقة (Energy) والقدرة على العمل، وهما بشكل أساسي نتيجة للعامل الوراثي.

بالرغم من أن المسألة ليست سهلة لأن يعطي الفرد رأياً قاطعاً فيها إلا إنه يمكن القول أن الفرق قد يتعلق بمدى حيوية ونظافة الخلايا التي هي لا تخلو من تأثير بيئي إذا لا يمكن الفصل تماماً بين البيئة والوراثة. ومهما يكن من أمر فإن كان لدى الفرد استعداد فطري أو خلايا صحية فأنه يحتاج إلى حد كبير إلى بيئة غنية صحية مساعدة على نمو هذه الاستعدادات أو هذه التركيبة الصحية.

ويمكن أن ننطلق من هذه النقطة لنبين اثر البيئة في تشكيل القدرات العقلية للفرد. وقد ناصر كثير من الباحثين في هذا المجال الجانب البيئي ودوره الكبير في صقل هذه القدرات .

وأشاروا إلى دراسات كثيرة في هذا الصدد، وقد يكون الطفل فيكتور الذي وجد في غابة أفيرون خير دليل على ذلك إذ كان هذا الطفل يمشى على أربعة، وكان ينبح كما تنبح الكلاب، ويأكل أكلهم، وعندما حاول ايتارد أن يعلمه اللغة لم يفلح بعد أن أمضى معه خمس سنوات. لذلك يجب أن تستغل اللبنة الموروثة ورعيها الرعاية الجيدة لكي تنمو بشكل طبيعي في مقتبل العمر.

ولكن مع هذا يمكن القول أن للوراثة تأثيراً كبيراً في ما يتعلق بالنواحي الجسمية والمادية حيث التشابه الكبير جداً بين الأباء والأبناء، ولكنه يقل في الجوانب المعنوية إذا يتأثر الى حد ما بالبيئة.

نظريات التكوين العقلي

لقد شغلت طبيعة القدرات العقلية علماء النفس منذ القرن التاسع عشر.. وما هي هذه القدرات التي ترتبط بالنشاط العقلي؟ هل هي واحدة أو عوامل متعددة؟ وكيف تقاس هذه القدرات؟

وقد واجهت هذه المسألة في القرن العشرين من قبل علماء النفس وكان لتشارلز سبيرمان قصب السباق في هذا الميدان حيث استخدم منهج التحليل العاملي وكتب عام 1904 مقالة انتقد فيها الطرق المعملية التي كانت تستخدم في القرن التاسع عشر، ورفض استخدام أساليب حسية في قياس الذكاء كالتمييز الحسي وزمن الرجع وسرعة النظر والقابلية للخداع البصري.

ويرى سبيرمان أن جميع الأنشطة العقلية تشترك في عامل عام والذي يطلق عليه بالذكاء العام ويشير إليه بالرمز (ع) الذي يستخرج بمناهج رياضية ليكون كماً رياضياً.

ويتضمن كل نشاط عام نشاط نوعي خاص وهي عوامل كثيرة كل منها يختص بنشاط واحد، ولا يشترك أكثر من مظهر من مظاهر النشاط العقلي في عامل نوعي واحد، كما أن النشاط النوعي يتميز بأسلوبه الذي يختلف عن الأساليب الأخرى للأنشطة النوعية الأخرى.

وتشترك العوامل الخاصة بأوزان مختلفة مع العامل العام، لذلك لا يكون معامل الارتباط بين العامل الخاص (أ) والعامل العام واحدة مع العامل الخاص (ب) والعامل العام.. فمثلاً التفكير الاستدلالي والتفكير المتشعب الذي يعد من القدرات العقلية العليا أكثر تشبع بالعامل العام من القدرات النوعية الأخرى كالقدرة على التذكر أو القدرة الميكانيكية أو القدرة الحركية.

لذلك سميت نظرية سبيرمان بنظرية العاملين والتي تشمل على العامل العام المتضمن للطاقة العقلية العامة التي تشترك في جميع الأنشطة العقلية الخاصة. بمقدار يحدده نوع النشاط المعرفي.

ويعتقد سبيرمان أن العامل العام فطري ثابت لا يتغير مهما كان نوع العمل الذي يقوم به الفرد، فهو لا يتأثر بالبيئة أو بالتعليم أو التدريب.. ولا يعني ذلك أن العامل العام على درجة واحدة لدى جميع الأفراد، ولكنه يختلف في درجته من شخص لآخر. أما العامل الخاص فبالرغم من ارتباطه بالعامل العام أي الوراثة لكنه يتأثر الى حد كبير بالتدريب والتعليم والبيئة ومتغيراتها .

نظرية ثوررندايك

إن من أشد وأكثر الانتقادات التي وجهت إلى نظرية سبيرمان وهي أن نظريته بنيت على عينة محددة واختبارات قليلة فضلاً عن أنها اجريت على تلاميذ المرحلة الابتدائية الأمر الذي يملي شيئاً من التحفظ على تعميمها وقبولها المطلق.

وقد نقد ثورندايك نظرية سبيرمان بشكل كبير جداً، ورفض العامل العام أو القدرة العقلية العامة حيث يرى أن العمليات العقلية ما هي الا نتيجة عمل جهاز عصبي معقد الذي يصل بين المثيرات والاستجابات، وقد يختلف س عن ص في قدرات حفظ الجهاز العصبي من توصيل المثيرات والاستجابات.

لذلك فإن درجة الذكاء تتحدد وفق نظرية ثورندايك بمدى الارتباط الذي تحدثه الوصلات العصبية للمثيرات والاستجابات. وتحدد البساطة والصعوبة للعمليات العقلية بعدد الارتباطات. فالبسيط يتضمن عدداً قليلاً من الارتباطات والأكثر تعقيداً يحتاج إلى عدد كبير من الارتباطات. لذلك يمكن القول وحسب نظرية ثورندايك أن الأكثر ذكاء لديه عدد أكبر من الارتباطات، بينما الأقل ذكاء هو من لديه عدد أقل من الارتباطات.

ويرى ثورندايك أن الأنشطة العقلية مستقلة، ولكن ليست بشكل مطلق لأن هناك عناصر مشتركة بين العمليات العقلية المختلفة.

وقد صنف الذكاء إلى ثلاثة أنواع هي:

1- الذكاء المجرد: وهو الذي يتعامل مع الأفكار والمعاني والرموز.

2- الذكاء الاجتماعي: وهو القدرة على التعامل مع الآخرين بشكل سليم من خلال الفهم الصحيح.

3- الذكاء الميكانيكي أو المادي: وهو القدرة على التعامل مع الأشياء المحسوسة ومعالجتها بشكل صحيح كالمهارات اليدوية والحسية الحركية.

إن معظم الاختبارات التي تقيس الذكاء قد جسدت النوع الأول دون النوعين الاخريين، ويرى ثورندايك أن ايجاد اختبار واحد للأنواع الثلاثة قد يؤدي إلى الخلط والارباك. ولابد من الذكر أن هناك فروقاً بين الناس في هذه الأنواع الثلاثة فقد يكون (س) له ذكاء مجرد عالٍ أكثر من النوعين الاخريين و (ص) له ذكاء اجتماعي عالٍ أكثر من المجرد وقد يكون (ع) له ذكاء ميكانيكي عالٍ أكثر من النوعين الاخريين، فليس بالضرورة أن تتساوى هذه الأنواع الثلاثة، ولكن في ذات الوقت لا يمكن في الغالب أن يكون احدهم متميز جداً والاخريين أقل من الاعتيادي أي أن تكون الأنواع الثلاثة أعلى من خط الوسط بدرجات متفاوتة، ولا يكون احدهما أو أثنين منهما فوق خط الوسط والآخر أو الاخريين تحت خط الوسط.

نظرية العوامل الطائفية المتعددة لثرستون Thurston

لقد استفاد ثرستون كثيراً من نظرية سبيرمان وتجاوز كثير من النقد اللاذع الذي صب على نظريته حيث طبق كثير من الاختبارات المتعلقة بالذكاء على عدد كبير من الأفراد. فالاختبارات التي يكون الارتباط عاليا بينهما فهي تشترك في قياس بعض الأشياء، بينما لا يوجد علاقة بين الاشياء التي يكون معامل الارتباط بين الاختبارات التي تقيسها واطئة.

لذلك فهو يرفض فكرة القدرة العقلية الواحدة لسبيرمان وتوصل إلى وجود قدرات عقلية أولية مختلفة [1] وهي:

1- القدرة العددية: وتشير إلى القدرة على التعامل مع الاعداد والرموز كالضرب والقسمة والجمع والطرح بشكل صحيح.

2- القدرة اللفظية: القدرة على معرفة المعاني الكلمات والالفاظ وإدراك المتشابهة بينها.

3- القدرة المكانية Space Ability : وتشير إلى القدرة على إدراك العلاقة المكانية وتصور الأشياء في المكان، وتحديد موقعها واتجاهاتها وسرعاتها وأشكالها وحركاتها.

4- القدرة على التذكر: وهي القدرة على استعادة ما تعلمه الفرد من كلمات وأشكال ورموز سواء كان ذلك تذكر أصماً أو تذكر بمعاني.

5- الطلاقة اللفظية: وهي القدرة على استخدام الكلمات والالفاظ بطلاقة وانسيابية كانتاج أكبر عدد ممكن من الكلمات المتشابهة أو المضادة.

6- القدرة على الاستدلال الاستقرائي Inductive Reasoning وتشير إلى القدرة على استخلاص القاعدة والتعميم من الجزئيات بشكل صحيح.

7- القدرة الادراكية Perceptual Ability وهي القدرة على تمييز الأشياء بالوقوف على أوجه الشبه والاختلاف بينهما وسرعة تصنيف الكلمات.

ولابد من الإشارة إلى ان (ثرستون) عاد واعترف بالعامل العام لكنه اعتبره من الدرجة الثانية وليس من الدرجة الأولى كما فعل سبيرمان والفرق بين الأول والثاني هو:

إن الأول يثبت وجوده عن طريق تحليل المعاملات الخاصة بالارتباط بين الاختبارات مباشرة. اما العامل العام لدى (ثرستون) فقد توصل اليه عن طريق

(1) نشواتي عبد الحميد (1983) علم النفس التربوي. الادرن: دار الفرقان، ص 107 .

تحليل الارتباطات بين العوامل الأولية عن طريق آثاره في القدرات العقلية وما بينها من علاقات. (1)

وهكذا يرى ثرستون ان كل قدرة من القدرات السابقة هو تنظيم مستقل له انشطة عقلية تتعلق بالعملية أو المحتوى، فضلاً عن العامل العام من الدرجة الثانية الذي يظهر من خلال نتائج التحليل العاملي، لذلك فالقدرة العقلية العامة، أو الذكاء يمكن الاستدلال عليها من خلال العلاقة الموجودة بين القدرات.

النظرية الثلاثية الأبعاد لجيلفورد

يعتبر جيلفورد من أبرز علماء النفس الذين تحدثوا عن بنية العقل وانشطته الذي قدمه أواخر الخمسينات، وقد أضاف جليفورد بعداً ثالثاً الى نظرية ثرستون التي تحدثت عن بعدين المحتوى والعمليات فعوامل المحتوى تشمل العامل اللفظي والعامل العددي والعامل المكاني أما عوامل العمليات فتشمل عوامل التذكر والاستدلال والادراك.

ويعتبر جليفورد هذين البعدين غير كافيين لمعرفة النشاط العقلي وأضاف بعداً ثالثاً لذلك سميت نظريته (النظرية الثلاثية الأبعاد) وتتمثل هذه الأبعاد:

العمليات Operations

ويشمل هذا البعد مجموعات اساسية للقدرات العقلية هي:

أ- عوامل الادراك والمعرفة Cognition Factors وتتضمن الفهم اللفظي والتنظيم المكاني والتخطيط والتبصر.

ب- عوامل الذاكرة Memory Factors وتشمل قدرة الفرد على الاحتفاظ بالاشياء المستعملة سواء كانت بصرية أو سمعية وسرعة تذكرها.

جـ- عوامل التفكير المحدد Convergent Thinking ويتضمن استنباط المتعلقات والاستدلال والقياس والسهولة العددية.

(1) الشيخ، سليمان، الخضري (1978) مصدر سابق ، ص126.

د- التفكير المتشعب Divergent Thinking وتشمل المرونة والانطلاقة والجدة والابداع وهو تفكير غير نمطي جديد.

هـ- التقويم Evaluation ويتضمن الحساسية للمشكلات وسرعة الادراك وتقدير الأطوال. وقد تعتمد على بعض المحكات التي يمكن من خلالها معرفة صدق المعلومات والحقائق.

المحتوى (Contents) ويتضمن أربعة عوامل هي:

أ- محتوى الشكل Figural Content وهو ما يدرك من خلال الحواس كالأشكال والصور والأصوات والواقع.

ب- محتوى الرموز Symbolic Content وتشمل الأشكال المجردة والصور غير الحسية والتي ترمز إلى مفاهيم ومعاني كالحروف والاشارات والارقام.

جـ- محتوى المعنى (الدلالة) Semantic Content وتشير الى المعنى الذي تحمله الالفاظ أو الافكار ويجسد ذلك اللغة.

د- المحتوى السلوكي Behavioural Content ويتعلق بدلالة السلوك الاجتماعي المرتبط بسلوك الفرد أو بالاخرين كالايماءات والاشارات والحركات والسكنات والافعال.

بعد النواتج Products وهو نتيجة للبعدين السابقتين وتكون النواتج على انواع ستة هي:

أ- الوحدات Units وهي ابسط انواع النواتج كتذكر اسماء أو ارقام.

ب- الفئات Classes وهي وحدات مشتركة بخصائص معينة كتذكر الحروف القمرية والحروف الشمسية.

جـ- العلاقات Relations تذكر العلاقة بين لفظين أو رمزين أو أكثر كمعرفة العلاقة بين لفظة سألتمونيها وحروف الزيادة أو عبارة "إبغ حجك وخف عقيمة" والحروف القمرية.

د- التحويلات Transformation وهو التحول الذي يطرأ على ناتج معين من حالة إلى اخرى كتحويل الكسور العشرية الى كسور.

هـ- النظم (المنظومات) Systems وهي منظومات من العلاقات تعتمد بشكل اساسي على التشابه المنطقي.

و- التضمين Implication وهو ما يستدل عليه الفرد من خلال اشارات سمعية أو بصرية أو إيماءات.

نظرية الذكاء المتعدد الأنماط

يعتقد جاردنر (Gardner) [1] ان الذكاء لا يقل عن ثمانية أنماط هي الذكاء اللفظي/ اللغوي، والذكاء المنطقي/ الرياضي، والذكاء البصري/ المكاني، الذكاء الموسيقى/ الايقاعي، والذكاء البصري/ المكاني، والذكاء الموسيقي/ الايقاعي، والذكاء الجسمي/ الحركي، والذكاء الاجتماعي، وذكاء التعرف على الذات، والذكاء المتعلق بالطبيعة.

الابتكار (الإبداع) Creativity

لم يتطرق الباحثون في ميدان علم النفس إلى الابتكار إلا بعد منتصف القرن العشرين حيث كان الاهتمام منصباً على الذكاء، ولقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً في مجال الابتكارية.

وكان الرائد الأول في هذا المجال جيلفورد الذي ذكر التفكير المتشعب عندما تحدث عن بناء العقل وعلى وجه التحديد عام 1950 .

إن التحرر من التقليدية والنمطية التي كانت سائدة في اختبارات الذكاء المتشبعة بالقدرات اللفظية والعددية والمكانية والاستدلال لتفتح الباب إلى انواع اخرى من التفكير المنطلق المتحرر والمرن والأصيل الذي يمثل قدرات عقلية لم يجر الاهتمام بها.

(1) Gardner, H. (1995) مصدر سابق .

لذلك حاولت دراسات عديدة دراسة الابتكار وطبيعته، والعوامل التي تشكله والاختلاف الحاصل بين الأفراد في عملية التنظيم الادراكي، وكيفية تخطيطه وتنفيذه.

مفهوم الابتكار: ليس من السهل اعطاء صورة واضحة لحالة الابتكار يقبلها المختصون أو المهتمون في هذا المجال لاختلاف تخصصاتهم وآرائهم.

وقد يكون مفهوماً محيراً لا يمكن تحديده لان مجالات الابتكار متشعبة فمثلاً:

متطلبات الابتكار في مجال العلوم ليست هي ذاتها في مجالات الفنون والآداب بالرغم من انه نشاط عقلي إلا أن الباحثين اختلفوا في طرق تحديده ومعالجته. فهناك من ينظر إلى الابتكار كعملية ذات مراحل متعددة تبدأ بالشعور بالمشكلة وتتدرج لتنتهى الى حالة الابداع أو الابتكار مثل (Maslow 1968), (Mackinnon, 1970) وآخرون حددوا الابتكار من خلال نواتجه مثل (Stein ,1968), (Rogers 1954) الذي يتصف بالجدة والندرة وعدم الشيوع.

وهناك من تناول الابتكار من حيث تكوينه أي العوامل العقلية وغير العقلية التي تكونه مثل عبد الغفار (1975) ونشواتي (1977) فهم يرون أن العمل الابتكاري يتطلب عدداً من القدرات العقلية وعدداً من السمات غير العقلية ترتبط بهذه القدرات. [1]

وعلى أية حال فالابتكار في معناه اللغوي هو الخلق والابداع وانطلاقا من الجانب النفسي يكون الابتكار ليس شيئاً نمطياً كلاسيكياً أو تقليداً لما هو مألوف أو محاكاة الاشياء، وانما اكتشاف وظائف وعلاقات جديدة تتسم فيها الاصالة والجدة ولكن في ذات الوقت لا يتكون الابتكار من العدم وانما من خلال أشياء موجودة يظهرها بشكل ورؤى جديدة. فالطائرة الحديثة هي ابتكار اعتمدت بشكل أساسي

(1) نشواتي عبد المجيد (1983) مصدر سابق، ص 134-135.

على مكونات سابقة للطائرة التقليدية والسفينة والسيارة لتظهر شيئاً جديداً لم يصل إليه أحد من قبل.

وهذا ينطبق في مجالات مادية ومعنوية فقد يستعير الشخص الابتكاري افكاراً قديمة لكنه يصل بها الى معان ودلالات جديدة لم تكن موجودة في السابق. فهو اذا تفكير جديد في تنظيمه للعلاقات بأسلوب يبتعد عن النمطية والتقليد.

وتشير أدبيات الموضوع الى أن دراسة الابتكار لم تكن وفق أسلوب واحد وانما تنوعت الأساليب فمنهم من يحدد الابتكار من خلال السمات الشخصية للفرد، وآخرون ينظرون الى عملية التفكير الابتكاري والمراحل التي مر بها وخصائص كل مرحلة من هذه المراحل، وهل تكون هذه المراحل بوزن واحد بالنسبة للابتكار؟ واخر يدرس القدرات العقلية المكونة لحالة الابتكار عن طريق العمليات الاحصائية.

أنواع الابتكار

ان الابتكار ليس نوعاً واحداً وانما هو انواع متعددة، كما لا يكون مستوى واحد، وقد يختلف كذلك في أهميته للمجتمع، ومن هذه الانواع التي اعتمدنا على بعض ما جاء في (Taylor) في جروان [1]

- الابتكار التعبيري (Expression Creativity) ويعني تطوير فكرة أو نواتج فريدة بغض النظر عن نوعيتها وجودتها، مثل الرسومات العفوية للأطفال.
- الابتكار المنتج أو التقني Productive Technical Creativity وهو التوصل الى نواتج مميزة دون شواهد قوية على العفوية مثل تطوير آلة موسيقية معروفة، أو لوحة فنية، أو مسرحية شعرية.
- الابتكار الابداعي (Inventive Creativity) وهو انتاج جديد لم يسبق من قبل غالبا ما يخضع لمعايير ومواصفات تحددها عادة دوائر تسجيل براءات الاختراعات مثل اختراع المصباح الكهربائي والمايكرفون لاديسون والهاتف لبيغ.

---

(1) جروان، فتحي (1999) مصدر سابق، ص 93 .

- الابتكار التجديدي (Innovative Creativity) وهو قدرة الفرد على تجديد القوانين والافكار من خلال اختراقها والخروج بأفكار جديدة خلاقة، وهذا ما فعله أدلر عندما انشق عن استاذه فرويد ليظهر نظرية علم النفس الفردي، وما اضافة كوبرنيكس من اضافات خلاقة لنظرية بطليموس في الفلك.

- الابتكار التخيلي (Imaginative Creativity) وهو من أقدر واعلى مستويات الابتكار الذي قد يؤدي الى نظرية جديدة، أو فكرة جديدة يكون لها دور فاعل في المجال التي تصب فيه مثل ما فعل اينشتاين، وبيكاسو

عوامل التفكير الابتكاري

لا يوجد اتفاق بين المهتمين على المكونات السيكولوجية للتفكير الابتكاري ولكن هناك عوامل أساسية يكاد يتفق عليها معظم المختصين في هذا المجال وخاصة العوامل الأربعة التالية:

1- عوامل الطلاقة Fluency Factors :

وهي تدل على التميز في التفكير إذ يكون للفرد قدرة عالية في انتاج اكبر عدد ممكن من الأفكار او الكلمات ذات الخصائص المشتركة في زمن معين.

كأن يسأل الطفل أن يذكر اكبر عدد ممكن من الكلمات التي تبدأ بحرف معين، أو تنتهي بحرف معين خلال فترة زمنية معينة كأن تكون دقيقتين، أو قد تكون فكرية كأن يطلب من الطالب ان يذكر اشياء مشتركة في خصائص معينة خلال فترة زمنية معينة مثل ذكر السوائل القابلة للاشتعال. أو قد تكون قدرة تعبيرية وهي التفكير المنطلق الذي يدلل على السرعة في التفكير.

2- عوامل المرونة Flexibility Factors :

ويتمثل في التفكير المرن الذي يقبل التجديد والتغيير أي هو نقيض التقولب والجمود أو التصلب العقلي. لذلك تعد المرونة السهولة في التفكير وتغيير السلوك، فالفرد صاحب التفكير المرن اقدر على مواجهة المواقف الجديدة والمشكلات، كذلك

يستطيع ان يغير وجهة تفكيره باتجاهات مختلفة الأمر الذي يمكنه من خلق افكار متنوعة. وتكون المرونة اما تكيفية أو تلقائية .

3- الاصالة: Originality

هو التفكير الجديد غير المألوف الذي يتميز بالجدة الذي يدعو الى انتاج أفكار جديدة أو ايجاد علاقات جديدة، وقد تكون نادرة على ان تكون مقبولة ومناسبة للهدف.

4- الحساسية للمشكلات:

وهي القدرة على ادراك المشاكل في مواقف الحياة المختلفة، أو القدرة على وضع اليد على الجروح في أي جانب من جوانب الحياة والتي تحتاج حقيقة إلى تغيير أو تعديل. فالشخص الذي يتسم بالتفكير الابتكاري يكون اكثر من غيره قدرة على ادراك العيوب من الادوات الشائعة، أو النظم الاجتماعية أو في مواقف الحياة اليومية.

وهناك من يعد التقييم Evaluation عاملاً من عوامل التفكير الابتكاري لأن أي انتاج ابتكاري يحمل في طياته عملية تقييمية من خلال الانتقاء والاختيار. كما تدل على عملية تقييمية للناتج الابتكاري.

مراحل التفكير الابتكاري

إنَّ مراحل التفكير الابتكاري هي واحدة من النقاط التي لم يتفق المختصون على مراحلها حيث اختلفت وجهات النظر، أما أكثر وجهات النظر انتشاراً في مجال التفكير الابتكاري هي:

1- مرحلة الاعداد أو التهيؤ Prepration :

وهي مرحلة سابقة للإنتاج الابتكاري، ويرى المختصون ان أي عامل ابتكاري لابد وان تسبقه تهيئة وتحضير من خلال جمع المصادر المختلفة عن الموضوع المراد معالجته، ومستلزماتها، وشروطها، ومراجعة دقيقة لما توصل اليه المهتمون في هذا الشأن.

2- مرحلة الاختمار Incubation :

عندما يهيئ الفرد نفسه بشكل كامل عن المشكلة، ويستوعبها بدقة من جميع جوانبها، تبقى في ذهنه مفكراً بها ما أتيح له ذلك للوصول الى علاقات جديدة أو فكرة جديدة ثاقبة، وقد تساعد الراحة والاسترخاء في عملية الاختمار أو الاحتضان.

3- مرحلة الاشراق أو الوحي أو الالهام Illumination :

وهي مرحلة الشرارة التي يصل بها الفرد إلى الحل الذي يمثل حالة الابداع، وقد يكون مفاجئاً لكنه في طبيعة الحال هو نتيجة للمرحلتين السابقتين، واحياناً نتيجة لانشغال الذهن بالمشكلة، فقد يحلم بها، وقد يصل الى حل لها، ويذكر عيسوي [1] في كتابه سيكولوجية الابداع عن ان احد الموسيقيين توصل وهو نائم الى فكرة جديدة لقطعة موسيقية رائعة فقام من نومه وكتبها.

وقد تكرر حالة الابتكار والالهام ما زالت اللبنة الاساسية للتفكير الابتكاري موجودة عند الفرد.

ويشير هاتشنسون Hutchinson [2] في بحثه الذي استهدف معرفة مدى تكرار حدوث الالهام أو الوحي كما يشعر به مجموعة من العلماء المشهورين في مجالات الكيمياء والفيزياء والرياضيات وعلوم الحياة. وعند استخبارهم وجد ان 83% من مجموع العينة وقدرها (232) اجاب بالايجاب.

ان مرحلة الاشراق او الالهام هي النقطة البؤرية التي تشكل حالة الانتاج الابتكاري.

4- التحقق: Verification

وهي المرحلة التي يوضع فيها الانتاج موضع التطبيق العملي ومدى فاعليته، وما فيه من نقاط مشرقة، وكذلك الشوائب العالقة فيه، فعندما يصل رجل

---

(1) عيسوي، عبد الرحمن، مصدر سابق، ص 83 .

(2) المصدر السابق نفسه ، ص 84 .

تربوي أو علمي أو فني أو زراعي الى فكرة جديدة عن طريق البحث والتمحيص لم يتوصل اليها احد من قبل، يجري التحقق من فاعليتها في مجالها الحقيقي ليقرر فيما اذا يجري تعميمها او هناك قصور يعرقل عملية التعميم.

هذه هي مراحل الابداع التي وصفها ولاس Wallas بينما يرى هاريس Harris [1] ان مراحل الابداع تتكون من عمليات ستة هي:

1- وجود مشكلة بحاجة الى حل.

2- جمع المعلومات.

3- التفكير في المشكلة.

4- تخيل الحلول.

5- تحقيق الحلول أي اثباتها تجريبياً.

6- تنفيذ الأفكار.

أما فوكس Fox فلا يعترف الا بخطوة واحدة وهي مرحلة الالهام والاشراق، فهو ينكر بقية الخطوات. فعلى سبيل المثال يقول فيما يتعلق بالخطوات التي وضعها ولاس ان الخطوتين الاولى والثانية لا دخل لها بعملية الابداع لانها تأتي قبل مرحلة الالهام أو الاشراق، أما الرابعة فتأتي بعدها وليس لها أي صلة بالعملية الثالثة (الاشراق).

وأرى أن مرحلة الابداع هي البؤرة المركزية التي لا يمكن ان تحدث او تخلق من العدم ولابد لها من تهيئة واعداد واختمار وتفاعل ثاقب لاحداث الشروط التي تؤدي الى حالة الابداع.

العلاقة بين الذكاء والابتكار

اشارت كثير من الدراسات الى أن العلاقة بين الذكاء والتفكير الابتكاري علاقة ضعيفة إذ أن معامل الارتباط بينهما لا يرقى الى مستويات الدلالة

(1) معوض، خليل ميخائيل، مصدر سابق، ص 56 .

الاحصائية، وهذا ما توصلت اليه دراسات كل من جيتزلس وجاكسون Getzels and Jackson وياماماتو Yamamoto [1]

سبق أن اشرنا في هذا المجال أن مقاييس الذكاء لا تقيس جميع القدرات العقلية وخاصة التفكير الابتكاري، فاذا اعتمدما على مقاييس الذكاء فهي لا تقيس بطبيعة الحال التفكير الابتكاري عند الافراد، ولكن يجب ان نفرق بين القدرات العقلية التي تقيسها اختبارات الذكاء والقدرات العقلية العامة. فبالرغم من أن البعض يقول أن الابتكار مستقل الى حد ما عن الذكاء [2] الا أنني أنظر الى المسألة بتحفظ كبير بالرغم مما اشارت اليه الدراسات، وارى أن هناك علاقة بقدر مقبول بين الابتكار والذكاء، إذا لا يمكن أن يكون الشخص مبتكراً ما لم يكن لديه قدر كاف من الذكاء العام ولكن ليس بالضرورة أن يتساوياً معاً. أي أن الفرد (س) الذي لديه نسبة ذكاء (150) ليس بالضرورة أن تكون درجة ابتكاريته (150) كذلك.

لأن الفروق قائمة شأنها شأن بقية القدرات العقلية الاخرى فلا تجد مثلا أن القدرات العددية واللفظية والمكانية والاستدلالية على درجة واحدة عند مجموعة من الأفراد، وكذلك الحال عند الفرد الواحد، وهذا يشمل كذلك الفرق القائم بين الذكاء والابتكار، ولكن في تقديري لا يمكن أن يكون هناك شخص مبتكر ونسبة ذكاءه أقل من الاعتيادي والعكس صحيح.

لذلك يكمن القول أن الذكاء المتزايد عادة يرافقه زيادة في قدرات التفكير الابتكاري ولكن لا يكون ضرورياً أو شرطاً أن يذهبا معاً.

فالفنان المبتكر على سبيل المثال تكون قدراته الابتكارية عالية ولكن قد تكون درجة ذكاءه أقل من ذلك كأن تكون درجة الابتكار (150) ودرجة ذكاءه (120) .

---

(1) معوض، خليل ميخائيل، مصدر سابق، ص 65-66 .

(2) عيسوي، عبد الرحمن (ب.ت) سيكولوجية الابداع، دارسة في تنمية الابداع، بيروت، دار النهضة العربية، ص 66 .

أما اذا نظرنا إلى ايهما اكثر فاعلية في الاسهام لخدمة المجتمع فقد يكون بشكل عام المبتكرون لأنهم يقدمون اعمالاً جديدة فريدة سواء كان ذلك في مجال العلم أو الفن او الأدب او غيرها من المجالات.

ولقد نوقشت في هذا الباب علاقة كلاً من الذكاء والتفكير الابتكاري بالتحصيل وقد تضاربت الآراء في هذا المجال ففي دراسة ياماماتو [1] ظهرت معامل الارتباط بين الذكاء والتحصيل أعلى من معامل الارتباط بين التفكير الابتكاري والتحصيل، وهي النتيجة ذاتها التي توصل اليها المليجي 1968 [2] التي أجراها على الشباب، ووجد أن معامل الارتباط بين الذكاء والتحصيل اعلى من معامل الارتباط بين التفكير الابتكاري والتحصيل.

في حين توصل جتزليس Getesels وجاكسون Jackson [3] خلال دراستهما التي اجريت على عينة من المدارس الخاصة التي شملت أعلى 20% منهم في نسب الذكاء والذين يمثلون (28) تلميذاً، وأعلى 20% من الذين يتميزون بقدراتهم الابتكارية ويمثلون (24) من المجتمع المدرسي الذي مجموعه (944) تلميذاً. توصلت الدراسة الى ان المجموعة المبتكرة يحصلون على سجل اكاديمي افضل من المجموعة المرتفعة الذكاء أي أن درجاتهم في التحصيل أعلى مما هو متوقع على أساس تقديراتهم في الذكاء.

وبالرغم من أن التحصيل يتأثر بمتغيرات كثيرة كعوامل الدافعية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، كذلك يتأثر التحصيل بدقة وموضوعية الأسئلة هل هي تتماشى مع التفكير الابتكاري. ولكن اذا نظرنا الى الاختبارات التي تجرى في واقعنا العربي فأن معظمها يتطلب استجابة واحدة، وهذا يتماشى مع التفكير المحدد أكثر من التفكير المتشعب الذي يتميز بتعدد الاستجابات،

(1) معوض، ميخائيل، مصدر سابق، ص 66 .

(2) المليجي، حلمي (1968) سيكولوجية الابتكار ومقاييسه . القاهرة. دار المعارف، ص 97 .

(3) جابر عبد الحميد، مصدر سابق، ص 250 .

وقد يتجاوز بعض المدرسين ليس فقط الاستجابة الواحدة وانما تلك المحددة في الكتاب المدرسي دون زيادة أو نقصان.

وفي هذا السياق يمكن القول أن معامل الارتباط بين الذكاء والتحصيل أعلى من معامل الارتباط بين التفكير الابتكاري والتحصيل.

مشكلات الطفل المتفوق عقلياً في البيئة الاسرية والبيئة المدرسية

ان الفرد يتعرض لمشاكل كثيرة في البيت وفي المدرسة وسنلقى الضوء على أهم المشاكل التي يواجهها الفرد المتفوق في البيئتين المذكورتين.

مشكلات الفرد المتفوق عقلياً في البيئة الاسرية

تعد البيئة الاسرية العمود الفقري في تشكيل الملامح الأساسية للطفل، وما سيكون عليه مستقبلاً، إذ تتشكل شخصيته من خلال أساليب التنشئة التي تتبعها الأسرة إضافة الى المتغيرات الأخرى المتعلقة بها .

لذلك قد يكون المناخ الأسري محبطاً لتنمية قدرات واستعدادات الطفل أو مشجعاً ومعززاً لها.

أما أهم المشاكل التي تواجه الفرد المتفوق عقلياٍ فهي:

1- البيئة الفقيرة

إن الفرد المتميز عن اقرانه يحتاج اكثر من غيره بيئة غنية صحية بجانبيها المادي والمعنوي ليستطيع من خلالها تنمية قدراته واستعداداته واستثمارها الى اقصاها ليوسع مداركه، ويصقل مواهبه، ويشكل هواياته تحقيقا لذاته.

لذلك فان البيئة الفقيرة التي يعيشها الفرد الذي يمتلك امكانيات التفوق تعد من المشاكل المعوقة والمعرقلة لنموه وتطوره السليم. وهناك الكثير من البيئات غير المعززة وغير المشجعة للنهوض بالفرد لافتقارها ابسط الشروط الصحية والسلمية للعيش الصحيح، فضلا عن افتقارها الى الكتب، والمجلات، والجرائد، والأجهزة المسموعة والمرئية، والألعاب التي هي ضرورية جداً في عملية التعلم وتحريك الكوامن الذاتية للفرد.

وقد تكون بعض الأسر في وضع مادي لا بأس به لكنها غير مدركة تماماً للأشياء التي يمكن الاستفادة منها للتفتح العقلي والادراكي للطفل. كما أنها قد لا تحسن اختيار ما يناسبه بالإضافة الى عدم توجيهه وارشاده وتشجيعه.

وقد تشترى بعض الأسر لعباً وأدوات وآلات لكنهم يجهلون كيفية تشغيلها، إذ أن أهمية اللعبة تتجلى في كيفية تشغيلها بشكل صحيح واستثمارها بشكل سليم.

لذلك يمكن القول أن عدم الكفاية المادية والثقافية لها الأثر الكبير في عدم توفر الفرص والظروف الطبيعية للتطور والنمو وخاصة للفرد المتفوق.

أن الأسرة الفقيرة لا تستطيع تأمين الحاجات الأساسية من اجل نمو اطفالهم نمواً صحيحاً فهي مثلاً لا تستطيع توفير الألعاب بمختلف أشكالها للطفل والتي تعتبر بشهادة المربين أفضل وسيلة للتعلم.

وتأسيساً على ذلك يمكن القول ان وجود مسببات الفشل والاحباط عالية في الأسر الفقيرة الأمر الذي يؤثر بشكل سلبي في نفسية الطفل وقد يؤدي به الأمر احياناً الى سوء التكيف، وهذا بدوره يؤثر سلباً في انطلاقه قدراته وكوامنه الذاتية.

2- الأساليب الوالدية غير السوية

ان للأسرة تأثيراً كبيراً في تنشئة الطفل وخاصة في سنواته الأولى لأنها ترسم الملامح الأولى لشخصيته. وتعد الاساليب غير السوية التي يتبعها الآباء مع أبنائهم والتي تؤثر سلباً في شعورهم بالكفاءة والتفوق، وتقلل من فرص التعبير عما لديه من استعدادات وقدرات هي:

أ- أسلوب القسوة والتحكم:

ويعتمد هذا الأسلوب على الأمر والرفض والعقاب والحرمان، ويكون الطفل وفق ذلك تابعاً لا ارادة له يمتثل لما يؤمر به، والآباء غير مباليين باستقلالية ابنائهم في التفكير، كما انهم يجدون اسلوب حياة أطفالهم بماذا يلعب؟ ومع من يلعب؟ واي مكان؟ .. الخ مما يخفف من جذوتهم ويحد من هممهم الأمر الذي يؤدي إلى تنشئتهم بشخصيات لا تتناسب واستعداداتهم وكوامنهم الذاتية.

ب- أسلوب الحماية الزائدة :

ان الاتجاه الحديث في التربية هو تنمية الشعور بالاستقلالية الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً باستعدادات وقدرات الطفل، والتعبير عنها بأي شكل من الأشكال. ولكن قد تتبع بعض الأسر الحماية الزائدة بشكل التدليل المفرط أو السيطرة التامة على كل حركاته وسكناته. وهذا لا يؤدي الى الاستقلالية في التفكير، وتحد من الجذوة الذاتية للطفل، كما أنه يصبح تابعا لا يشعر بالمسؤولية، وقد يغرس في نفسه الخوف والخجل.

جـ- أسلوب الاهمال:

قد يتبع الآباء أسلوب الاهمال مع أبنائهم بشكل صريح أو غير صريح من خلال عدم اكتراثهم برغباتهم وميولهم وحاجاتهم الضرورية الفسيولوجية والنفسية. كما قد يعزف الآباء عن تعزيز ابنائهم للسلوك المرغوب، وهو ضروري جداً لالهاب كوامنهم الذاتية، ولخلق دافعية متقدة تنهض بقدراتهم واستعداداتهم الى اقصاها. لذلك فان أسلوب الاهمال يعرقل نمو الطفل من النواحي المتعددة الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية.

د- أسلوب التذبذب:

ان التذبذب وعدم الاستقرار والتلون في التعامل مع الأبناء له تأثيره السلبي في بلورة شخصياتهم، حيث يكون بعض الآباء بأشكال مختلفة فمرة يكون لينا مرنا، ومرة يكون صلبا فلا يعرف متى يكافئ أو يعاقب؟ لان الثواب والعقاب يجب ان يتبع وفق منهجية علمية بعيداً عن العشوائية. وهذا ما يجعل الابناء في حيرة وقلق من امرهم مما يخلق شخصيات غير مستقرة، ولا يمكن للشخصية غير المستقرة ان تنهض نهوضاً حقيقياً بما يتناسب واستعداداتهم وقدراتهم الذاتية.

هـ- أسلوب التفرقة:

إن المعاملة التي تتسم بعدم المساواة بين الأبناء نتيجة لاسباب متعددة كالجنس، العمر الزمني، الترتيب الميلادي، الصحة، الشكل الخلقي لها تأثيرها في بناء الشخصية سواء كان ذلك من الأم أو الأب او كلاهما.

وهذا الأسلوب قد يفرز في النفوس الرفض والحقد الذي قد يعبر عنه بسلوكات عدوانية، وقد يؤدي ببعضهم الى حالة من الانكفاء. وقد يحاول بعضهم احيانا التعويض من خلال التميز والتفوق في جانب ما.

إن الأساليب الآنفة الذكر تحد وتعرقل من ابداعية الابناء، فقد توصلت كثير من الدراسات الى وجود علاقة سلبية جوهرية بين ابداعية الابناء واساليب التنشئة السابقة التي يتبعها الآباء.

وبالمقابل فان لاساليب الآباء السوية علاقة موجبة جوهرية في التنشئة واستغلال قدراتهم وامكانياتهم الابداعية. ذلك يتم من خلال الشعور بالرضا وتقبل الابناء وافكارهم الجديدة، ومنحهم حرية التفكير المستقل المنضبط، وتشجيعهم على الاستجابات النادرة التي يبدونها، والابتعاد عن الأساليب غير السوية التي تحد من انطلاقهم.

3- موقف الآباء من مظاهر التميز لابنائهم

قد يواجه الافراد المتفوقون عقلياً مواقف سلبية من آبائهم اتجاه مظاهر التفوق والابداع، فكثيراً ما يكون الآباء، وخاصة في مجتمعنا العربي، يرسمون مستقبل ابنائهم غير مبالين برغباتهم وميولهم وقدراتهم. ويحاولون جعل ابنائهم نسخة مصورة عنهم.

فبعض الآباء يريدون عن طريق الأبناء ان يحققوا ما عجزوا عن تحقيقه في حياتهم. فاذا كان الاب يرغب ان يصبح طبيباً، ولم تتحقق امنيته يريد تحقيقها من خلال ابنه دون مراعاة لسمات شخصيته وقدراته ورغباته.

وقد يحدث ان يواجه الفرد المتفوق عقلياً اتجاها أسريا مناقضاً لاتجاهه إذ غالباً ما تميل الاسر إلى النمطية في التفكير. فاذا اظهر الابن تفكيراً ابداعياً يتسم بالجدة والمرونة فأنه قد يلقى معارضة من قبل الأسرة لانها تفكر تفكيراً محدداً كلاسيكياً، ويبدأ الصراع عند المتفوق، هل يجارى الاسرة بما تذهب اليه؟ او يحقق ذاته من خلال تفكيره المستقل.

فمثلاً بعض الأسر ترى المواهب الفنية مضيعة للوقت لانها تعطي الاهمية الكبرى للتواصل الاكاديمي في المدرسة، ولا تعطي أي وزن لأي حالة ابداعية في مجال غير اكاديمي كرياضي أو فني أو مهني.

ولابد للأسرة الا تتسم بالجمود والتصلب وانما يجب ان تكون مرنة التعامل مع ابنها المتفوق، وأن تتقبل مواقفه ومواهبه وتنمى استعداداته وتمده بالتعزيز الكافي، وتبعده عن أي حالة من حالات الفشل والاخفاق.

4- حجم الأسرة

يؤثر حجم الأسرة (عدد افرادها) في أساليب الرعاية المقدمة للأبناء حيث ان كثرة الابناء يجعلون الآباء يميلون الى أسلوب السيطرة في تحقيق المطالب، وان قلة الأبناء يتيح للآباء الفرص لاتباع اسلوب آخر يعتمد الاقناع.

والفرد المتفوق الذي يتسم بالاستقلالية، والميل الى المبادأة، والتفكير الناقد والحساسية المرهفة، وعدم الخضوع، وحب الاستطلاع، والفضول العلمي، قد لا يحقق ذلك نتيجة لكبر حجم الأسرة وخاصة اذا كانت فقيرة الحال.

كما ان للمتفوق حاجات نفسية يستلزم اشباعها كالحاجة الى الشعور بالأمن والأمان، والى المؤازرة والتقبل والتقدير، والى التعبير عن الذات، وقد لا تتحقق هذه الحاجات النفسية الامر الذي يدعو الفرد المتفوق عقلياً احيانا الى الانسحاب والعزلة وقد ينتابه شعور من القلق والتوتر الذي يحد من قدراته والذي يؤثر في صحته النفسية.

إن حاجة الطفل المتفوق لتلبية حاجاته النفسية اكثر من اقرانه الاعتياديين لاحداث حالة التوازن والتكيف ولتحقيق سماته الشخصية.

5- الخلاف أو الفراق الابوي

دلت الدراسات الكثيرة على أن المشاكل بين الأب والأم بشكل مستمر يؤثر بشكل سلبي في نفسية الطفل وتطوره وخاصة في المراحل الأولى. لان العلاقة الايجابية بين الوالدين المبنية على الحب والتفاهم والانسجام تنثر ظلالها على الابناء بحيث يحقق تفاعل ايجابي بين الآباء والابناء، وكذلك بين الابناء انفسهم. اما اذا كانت العلاقة بين الزوجين علاقة خصام وشجار وتباغض فهو الآخر ينشر بظلاله على الابناء مما يجعلهم يشعرون بعدم الاستقرار والقلق والخوف على انفسهم وعلى اسرتهم.

وقد يتأثر الطفل المتفوق في هذا الحال اكثر من غيره، ويترك أثره السئ في نفسه اكثر من اخوته الآخرين لما يملك من حس مرهف ووعي يقظ وادراك متميز.

كما ان لحوادث الفراق اثرها الكبير في تطور الطفل العاطفي والشعوري، لان الحب والحنان من العوامل المهمة التي يحتاجها الطفل، ولا يمكن لأحد ان يعوضه بنفس الدرجة والعمق مهما كانت درجة قرابته.

فمثلا غياب الأم قد لا تؤثر في تكيف الطفل فحسب وانما يترك آثاراً لا تمحى على نموه العقلي والانفعالي في المراحل اللاحقة.

كما ان للأب أثره الكبير في تطور ونمو الطفل من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وان غيابه بشكل طويل ومستمر يؤثر في تنشئته. وبالتأكيد يتأثر الطفل المتفوق بهذه المشكلة اكثر من اقرانه الآخرين لأنه بأمس الحاجة الى الوالدين لتحقيق حاجاته النفسية والعقلية والاجتماعية.

كيف تتعامل الأسر مع المتفوقين

ان التعامل المطلوب من قبل الأسر يجب ان يتسم بالدقة والحساب الواعي للنهوض بقدرات المتفوق عقلياً بحيث يعزز في نفسه شعوراً بالأمن والامان، وان نبعده عن أي حالة من حالات الخوف والقلق من خلال المناخ الصحي السليم الذي يسوده الحب والتفاهم والانسجام والروح الديمقراطية بعيداً عن التسلط والقسر والأساليب الأخرى غير التربوية، بحيث يستطيع المتفوق ان يحقق ذاته بلا خوف او قلق.

ويفترض ان تعزز الأسر وتشجع كل الآراء والأفكار المطروحة وغير المألوفة منها للفرد المتفوق، واعطاؤه دوراً يتناسب مع عمره العقلي وليس من عمره الزمني. كما يفترض أن تهيئ الأسر جميع المستلزمات والمصادر الثقافية التي تزيد من مداركه، وتنمى قدراته وتحقق فضوله العلمي. وان تقدر وتثمن الأفكار الجديدة التي يطرحها مع إرشاد وتوجيه بأسلوب علمي منطقي دون هيمنة وسيطرة. وان تسعى لان يكون الفرد المتفوق هو نفسه لا ان يكون صورة لغيره مع اعترافنا بأهمية النموذج الذي يقتدى به.

ويجب ان تسعى الأسر الى تهيئة ما تستطيعه من مواد ثقافية وزيارات ميدانية ومقابلات شخصية لبلورة موهبته الخاصة، وتعززه بشكل مستمر لدعم ثقته بنفسه.

ولكي لا يكون غريب الأطوار وفق الواقع الاجتماعي المعاش، فعلى الأسرة أن تشجعه على اقامة علاقات وصلات مع اقرانه أو المقربين منه، وهي مهمة جداً للتكيف الاجتماعي.

وقد تحمل علاقاته الاجتماعية مع اقرانه تعزيزاً ذاتياً من خلال مقارنة نفسه بالآخرين، ولمعرفة قدراته ومواهبه التي تميزه عنهم.

مشكلات المتفوق عقلياً في البيئة المدرسية

لقد بات جلياً ما للأسرة من دور في دفع وتعزيز والهاب القوى الذاتية للطفل المتفوق أو إخماد الجذوة الذاتية له.

وللمدرسة دور لا يقل في أهميته عن البيت من خلال ما تقدمه من رعاية في النواحي العقلية والجسمية والاجتماعية والانفعالية.

وهناك عوامل كثيرة تختلف في درجة تأثيرها في تكيف الفرد أو عدم تكيفه ومنها:

1- المدرس

ان المدرس هو القطب الفاعل في جعل المتعلم محباً أو كارها للمدرسة بشكل عام والصف الدراسي بشكل خاص ذلك من خلال الطرق والأساليب التي يتبعها المدرس والتي تجعل المتعلم في وضع نفسي جيد أو سيئ.

فكما للآباء أساليبهم في تربية ابنائهم فللمدرسين أساليبهم المختلفة كذلك. فقد يواجه المتفوق عقليا مدرسين يستخدمون الأسلوب القسري الاستبدادي الذي لا يتناسب تماما مع السمات الشخصية له، فلا يستطيع ان يعبر عن ذاته بشكل سليم، ولا يستطيع ان يتدخل لاطفاء فضوله العلمي، ولا يستخدم تفكيره الناقد، وقد ينتابه الخوف والقلق والانكفاء نتيجة هذا الأسلوب غير التربوي الذي يعمل على زعزعة الثقة بالنفس، واحباط الهمم والميول واخماد جذوة الابداع.

وقد يستخدم المدرس الأسلوب المتهاون الذي يفتقد الحل والربط حيث تسود الفوضى، وتنعدم الضوابط وبالتالي فهو لا يمتلك الرؤية الحقيقية لتشخيص المتفوقين، كما انه غير مؤهل لمراعاة الحاجات النفسية لهم. وبهذا يكون المناخ الصفي العام غير مشجع للعطاء الاوفر وما يتناسب وقدرات المتفوقين.

وهناك من يكون أسلوبه متذبذبا يسوده اللين والشدة بعيداً عن العلمية والموضوعية. فتارة يأتي بشكل وما يلبث الا ان يكون عكس ذلك بحيث يخلق عند المتعلمين وخاصة المتفوقين حالة من الارباك والقلق والخوف الأمر الذي يدعو الى التردد والحيرة لكل مطلب علمي أو اجتماعي.

وعلى أية حال، فان الأساليب التي تستخدم في اطار المدرسة تتأثر الى حد كبير بالخصائص الشخصية والمعرفية والمهنية للمدرس. فالمدرس غير المتسلح بالمادة تسلحاً كافياً لا يستطيع مواجهة السمات الشخصية للمتفوق (المبادأة، الفضول العلمي، التفكير الناقد، الحساسية للمشكلات وقدراته على الاستدلال والقياس).

وفي هذا السياق، فقد أكد كثير من الباحثين ان المدرسين غالباً ما يكونون اكثر تعاطفاً مع المتعلمين الاعتياديين واستحساناً وتقبلاً لهم من المتعلمين المتفوقين والموهوبين، نظراً لما تمتلك المجموعة الثانية من قدرات متميزة قد تسبب احراجاً للمدرس نتيجة لتفكيرهم غير النمطي، ولانهم لا يقبلون كل ما يملى عليهم إلا ما يقبله الكمبيوتر المخي لهم، لذلك فهم يميلون الى الرفض والنقد والتصحيح الأمر الذي قد يؤدي احياناً الى غضب واستثارة المدرس وخاصة الذي لا يعرف المتفوقين وسماتهم الشخصية.

وقد يلجأ بعض المدرسين إلى اتباع أساليب غير تربوية كالتجاهل او الانتقاد الشديد أو السخرية من المتعلمين المتفوقين بحيث يحبطون من هممهم وعزائمهم، وهذا ما يدعو إلى الانكفاء عن المشاركة الفعالة في اطار الصف. وقد يزداد الحال سوءاً عندما يستخدم المدرس العقاب القسري متخذا اية ذريعة لاطفاء ما علق في النفس من نبذ أو عدم ارتياح لهذا الطفل المتفوق او ذاك نتيجة لاحراجه.

وقد يؤدي هذا الحال بالمتفوق احيانا الى الهروب من المدرسة، وعلى اقل تقدير ان هذا التعامل لا يخلق عنده حس من الانتماء الى الصف بشكل خاص والمدرسة بشكل عام.

وقد يظهر هذا الحال بشكل واضح وجلى عند وجود الطفل المتفوق في المدارس العادية، لان المدارس الخاصة بالمتفوقين سيصار الى اختيار المدرس الكفء معرفياً وشخصياً ومهنياً المتفهم للمتفوقين وسماتهم الشخصية، ويعرف كيف يتعامل معهم تعاملاً تربوياً يتناسب مع خصائصهم.

2- المنهج

يؤخذ بنظر الاعتبار عند وضع المناهج لاي مرحلة من مراحل التعليم المجموع العام الذي يمثله المتعلمون الاعتياديون. وقد تكون هذه المناهج لا تلبى الظمأ العلمي للمتفوقين عقلياً لأنها لا تتحدى تفكيرهم وقدراتهم وخاصة عندما لا يعطي المدرس الحرية في التصرف بالإضافة او التوسع او الحذف. لذلك فان جزء من طاقاتهم قد تذهب سدى. وقد يتعرض المتفوق عقليا في الصفوف العادية لمشكلات سلوكية، فقد يشعر مثلا بالسأم والضجر نتيجة للتكرار الممل لاننا نوصي دائما المدرسين بمراعاة الفروق الفردية لان المدرس للكل وليس لفئة معينة، ويعد التكرار احد الأساليب التي يراعى من خلالها الفروق الفردية، ولكنها بالنسبة للمتفوق عقليا اضاعة للوقت إذ قد يلجأ احيانا الى القيام ببعض الأنشطة الأخرى كقراءة في كتاب آخر، او مجلة، او يكتب، او يرسم، او يخط أو أي نشاط آخر. وقد يعاقبه المدرس لهذه الافعال وخاصة اذا لم يكن عارفاً قدراته وسماته الشخصية.

ان الهدف الاسمى للمنهج هو الحرص على نمو الشخصية المتكاملة من النواحي الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، لذلك يفترض ان تتمحور المناهج حول المتعلم من خلال الاهتمام بحاجاتهم وميولهم ومتطلبات نموهم ونضجهم.

إن المناهج والأساليب التعليمية التي كانت سائدة وما تزال في مدارسنا العادية تعتمد الحفظ والتلقين والطاعة والانصياع والامتثال لما يؤمر به، فهي لا تشجع الطاقات الخلاقة للمتفوقين عقليا، والتفكير الناقد والمبدع لهم، كما هي لا تسهم في استثمار أي اشراقة ولفتة ذكية لهم، بالإضافة إلى عدم تشجيعهم على استخدام عمليات عقلية عليا.

3- أساليب التقييم

ان أساليب التقييم قد تكون احدى المشكلات التي تواجه المتفوقين عقليا نظرا لأن الأسئلة بشكل واقعي غالباً ما تعتمد الحفظ والتذكر، وخاصة الموضوعية

منها إذ ان هذه الأسئلة لا تتناسب تماما مع قدرات المتفوقين عقليا، ولا تتحدى قدراتهم الحقيقية فهي لا تقيس القدرات العقلية العليا كالتحليل والتركيب والتقويم، كما ان اجاباتها محددة، ولا تدعو الى التفكير المتشعب الابتكاري الابداعي بالإضافة إلى انها لا تسمح بالإضافة والتصرف واستغلال الثقافة العامة كأمثلة لدعم الآراء والافكار.

وقد يحصل المتفوقون عقلياً على نتائج لا تمثل قدراتهم الحقيقية خلال الاختبارات التحصيلية التي تعتمد الحفظ والاستذكار والاسترجاع إذ هي لا تتناسب وقدراتهم على التفكير الثاقب والتعميم والاستنتاج وادراك العلاقات.

إن مثل هذه الاختبارات لا تساعد على الكشف الحقيقي للمتميزين لأنها في أغلب الاحيان تحتاج الى استجابة واحدة، وهي تتماشى تماما مع التفكير المحدد النمطي الكلاسيكي مهملة التفكير المتشعب الذي يعتمد الاصالة والمرونة والحل الفريد.

4- التوجيه والارشاد

يعد التوجيه والارشاد من النقاط الحيوية لدفع المواهب والطاقات الخلاقة الى الامام وتوجيهها توجيها صحيحا، والاخذ بيدها للنهوض بقدراتهم المتميزة من خلال معرفة ذواتهم معرفة حقيقية، وما تتخلله من قدرات مميزة. وفي تقديري ان هناك الكثير من الطاقات والقدرات الفذة قد أفلت ولم يسطع ضوئها لعدم وجود من يوجهها ويرشدها، ويزودها بالمصادر الكفيلة لنهوضها أيا كانت هذه المصادر سواء أكانت كتب، أو مجلات، أو نوادي، او مراكز علمية، أو فنية، أو أدبية، أو استغلال قدراته بنشاطات لا صفية، او تزويد المختصين بصورة حقيقية عن مواهب وابداعات وقدرات المتميزين.

لذلك مهما امتلك المتفوق عقليا من قدرات فلا يمكن ان يحقق ما يصبو اليه ما لم يكن هناك توجيه وارشاد.

كما أن الخدمات الارشادية والتوجيهية تساعد المتفوق على فهم نفسه فهما حقيقياً الأمر الذي يجعله يتجاوز العقبات التي تواجهه.

ومن مهام الموجهين والمرشدين مساعدة المدرسين على الكشف عن المتعلمين المتفوقين عقليا، وفي التخطيط والبرمجة اذا سمح لهم القانون بحيث يشترك الموجهون والمرشدون والمدرسون في توجيه المتفوقين عقليا الى الأنشطة التي تتلائم واستعدادتهم وميولهم، ويمكن توجيههم كيفية استغلال وقتهم بشكل مثمر فضلا عن ابعادهم عن أي حالة من الحالات التي تدعو إلى عدم التكيف النفسي والاجتماعي.

الدمج أم الفصل

لقد أثير موضوع الدمج والفصل للأطفال غير الاعتياديين والذي يتضمن المعاقين عقلياً والمتفوقين عقلياً. ولا يوجد اتفاق بين المهتمين في هذا المجال على منهج واحد، فمنهم من يرى ضرورة فصل المتفوقين عقليا ويبررون ذلك، وآخرين ينادون بابقاء المتفوقين عقلياً في الصفوف العادية، ويبررون ذلك أيضاً.

فالذين يطالبون بالفصل، يرون أن ابقاء المتفوق عقلياً في الصفوف العادية يؤدي إلى هدر كثير من الطاقات لأنه يمتلك من القدرات والامكانيات ما يفوق مستوى المناهج العادية التي لا تطفئ ظمأه وفضولي العلمي. وقد يتعرض المتفوق عقلياً لمشاكل نتيجة لعدم تكيفه مع المناهج. وقد لا يتعامل المدرس في المدارس العادية معه تعاملاً سليماً منسجماً مع سماته الشخصية وخاصة في المرحلة الثانوية لانه يحتاج إلى رعاية خاصة.

وهذا ما يدعونا للقول بأن احتمالية تعرض الطفل المتفوق عقلياً في المدارس العادية للمشاكل اكثر احتمالية من وجوده في فصل خاص او مدرسة خاصة. لان وجود الصف الخاص أو المدرسة الخاصة يتطلب مدرس خاص مؤهل لتدريس هذه الفئة، ومقتدر من الناحية المعرفية والمهنية، ويتميز بسمات شخصية

تتلائم مع مستوى هذه الفئة، مستوعباً لسماتهم وخصائصهم الامر الذي يمكنه التعامل السليم ومقدراً امكانياتهم وكوامنهم الذاتية.

ولتوضيح ما سبق ذكره نرد المثال الآتي، لنفرض أن مدرس الرياضيات شرع بشرح احدى النظريات الهندسية، فهو مطالب ان يراعى الفروق الفردية، واحدى النقاط لمراعاة ذلك هو الاعادة والتكرار إذ يتطلب منه اعادة النظرية ثلاث أو اربع مرات لكي يفهمها الجميع، ولكن هذا الحال لا يروق للمتفوق عقليا، وقد يشعر بالضجر والملل فيلجأ إلى استغلال وقته من خلال القيام بأنشطة متعددة كأن يقرأ في كتاب آخر، أو يهيئ نفسه لدرس آخر، أو يقرأ في مجلة أو كتاب خارجي أو يرسم، أو يخط كما اشرنا الى ذلك سابقا. وقد يراه المدرس وهو يقوم بأنشطة خارجية. وقد يعاقبه دون ان يسأله في النظرية التي شرحها هل هو فاهم لها أو لا؟ لان المتفوق عقليا في الغالب يفهمها من أول مرة، لذلك يكون للعقاب تأثير كبير في تكيفه التربوي والنفسي. ولو ادرك المدرس سمات المتفوقين عقلياً لتعامل معه بشكل مغاير أو بأسلوب يتناسب مع سماته.

كما يرون الذين ينادون بالفصل ان الطلبة المتفوقين عقلياً سيسرعون الخطى ويبذلون اقصى طاقاتهم وقدراتهم للوصول إلى المستوى الذي ينسجم مع طموحاتهم وآمالهم ولكي يكونوا بالمستوى الذي اعتادوا عليه قبل عملية الفصل. الأمر الذي يجعلهم يدركون تماماً قدراتهم الحقيقية مقارنة بأقرانهم الذين هم بمستوى عمرهم العقلي، وهذا من شأنه أن يكونوا مفهوم ذات واقعي، ويبعدهم عن حالات التعالي والغرور والتكبر، ذلك الذي كان بعضهم يشعر به في المدارس العادية.

إضافة الى ذلك فإن وجود المتفوقين عقلياً معاً في صف واحد يجعل المدرس يتبع منهجية عمل تتسم بالغنى والسرعة لانه لا يحتاج مثلاً إلى الاعادة والتكرار التي كان يتبعها في الصفوف العادية، لأن مدى الفروق الفردية قليلاً اذا ما

قورن الحال بالصفوف العادية التي هي خليط من الممتازين والاعتياديين والأقل من الاعتياديين.

وبالتالي ستفسح المجال أمام المدرس لاستغلال الوقت واستثماره استثماراً كبيراً دون هدر كالذي كان يحدث عند وجود المتفوقين عقلياً في الصفوف العادية. كما أنه يقلل من الأساليب التدريسية المختلفة التي كان يتبعها في الصفوف العادية لمراعاة الفروق الفردية.

إن وجود المتفوقين عقلياً في صف خاص يساعد كل منهم على الاستفادة الكبيرة والاستزادة من بعضهم البعض في مختلف المعارف والعلوم، وقد يغذي ذلك ميولهم وتطلعاتهم. كما ان الفائدة لا تقتصر بشكل آنى، وإنما لها مردود ايجابي للبعد المستقبلي لان المتفوقين عقلياً يحملون رؤى مستقبلية يزمعون الوصول اليها مما يساعد بعضهم البعض على إنجلاء الصور الشائكة أو التي تسودها الشوائب.

كما يساعد الصف الخاص على استخدام قدرات عقلية عليا كالاستدلال والتحليل والتقويم والتركيب والاستقصاء مما يدعو ذلك الى النهوض بقدراتهم ليكون الباب مفتوحا على مصراعيه للنمو السريع.

وبالإضافة إلى ذلك فان وجود المتفوق عقلياً في الصف الخاص يفسح المجال واسعاً أمامه للتقليد، لانه لا يمكن بالمنطق ان يقلد طفل ذكي طفلاً معاقًا او اعتيادياً، وانما يقلد الأدنى الاعلى.

ان الصف الخاص يهيئ فرص النموذج الذي يحتذى وخاصة عندما يكون قرينا قريبا في لفتة ذكية تمثل جانباً معيناً أو أكثر .

لذلك يكون الصف الخاص مدخلاً غنياً لتصفية وتنقية وصقل القدرات العقلية الأمر الذي ينعكس بشكل ايجابي على عمليتي التعلم والتعليم، وما يفرزه ذلك من اشعاع على بلورة شخصية المتفوق عقلياً.

وأخيراً ان توفر صفوف خاصة بالمتفوقين عقلياً يفسح المجال امام المهتمين والمشتغلين ببرامج الأطفال ان يضعوا برامج خاصة تتضمن أشكالاً متعددة من

الاثراء، او التسريع، او تطبيق بعض البرامج الغنية التي توصل اليها المختصون او الباحثون في حقل الموهوبين أو المتفوقين عقليا. وهذا ما يدعو ضمننا الى خلق حالة من الانتماء الى الصف الخاص أو المؤسسات التعليمية بشكل عام .

أما الذين يعترضون على الفصل وينادون بدمج المتفوقين عقلياً مع الاعتياديين، فيرون ان فصل المتفوقين عقليا في فصول خاصة، وتوفير خدمات أوفر حظاً من تلك التي تقدم الى الاعتياديين فيه اخلال لمبدأ الديمقراطية التي تنادى بالمساواة، وتقديم الخدمات بشكل متكافئ دون تمييز فئة على أخرى. وان عملية فصل المتفوقين عقليا يعد بمثابة اخلال لمبدأ تكافؤ الفرص.

وقد رد الذين ينادون بعملية الفصل بقولهم ان الديمقراطية لا تعنى اطلاقا تكافؤ الفرص، وانما يجب ان تقدم الخدمات كل حسب طاقته، ففي الوقت الذي تكون فيه البرامج العادية مناسبة لاستغلال القدرات العقلية للاعتياديين الى اقصاها فهي لا تكون مناسبة لاستغلال قدرات المتفوقين عقلياً الى أقصاها.

لذلك فإن ابقاء المتفوقين عقلياً في الصفوف العادية يعني حرمانهم من حق تمتع به الاعتياديون لذلك لا يكون ذلك تكافؤ فرص.

وما يفترض ان يكون هو ان تقدم الخدمات للأفراد بما يتناسب وقدراتهم، وهذا ينسجم تماماً مع روح الديمقراطية. (1)

ومن مبررات الدمج أيضا ان وجود المتفوقين عقليا في الفصول العادية يعطى الصف حيوية، ويدعو الى شحذ الهمم، واستغلال الطاقات الممكنة للاعتياديين. فالمتفوقون عقلياً يعدون نماذج جيدة للتقليد، وتحفز الاعتياديين لان يحذو حذوهم. وقد يستفيد بعضهم من المتفوقين عقليا خارج اطار الصف بالأمور الشائكة والتي فيها لبس، أو تلك التي لا تتسم بوضوح الرؤية.

(1) الخالدي، اديب محمد علي (1976) سيكولوجية المتفوقين عقليا. بغداد. دار السلام، ص 126 .

وقد يكون المتفوقون عقلياً احيانا بديلا عن المدرسين خارج اطار الصف أو خارج المدرسة. والمدرس الذكي هو الذي يستطيع ان يستثمر طاقات المتفوقين عقليا لتحسين الاعتياديين أو المتخلفين دراسيا، وخاصة اولئك الذين يكونون قريبين من بعض في السكن.

كما ان عملية الفصل بالرغم من المزايا التي ذكرت سابقا فهي قد تؤدي ببعض المتفوقين الى الانسحاب والانكفاء والانكسار النفسي نتيجة لوجودهم في الصف الخاص الذي يتطلب جهداً متميزاً وعطاء أوفر من العطاء الذي كان يبذل في الصفوف العادية لأن جميع الطلبة بقدرات عالية وإمكانيات مرموقة.

ولا يمكن ان يكونوا جميعا على قدم المساواة في هذه القدرات والامكانيات والاستعدادات نتيجة لارتباطها بظروف بيئية كالناحية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والاسرة وكل ما يتعلق بها والتي ترتبط ارتباطا وثيقا بدافعية المتفوق عقليا.

فوجود (15) او (20) طالبا في الصف الخاص سيكون احدهم الأول وآخر ثاني والثالث الى الترتيبات الأخيرة الأمر الذي يجعل الترتيبات الاخيرة بوضع لم يألفوه في السابق. فقد تعودوا أن يكونوا أوائل أو من الأوائل، وقد لا يتحمل بعضهم الواقع الحالي، وقد يلجأ بعضهم الى الضغط الشديد على أنفسهم للوصول الى النتائج التي اعتادوا عليها في السابق (في المدارس العادية) وقد يكون ذلك بلا جدوى مما يفرز ذلك بظلاله السلبي على الجانب النفسي والتربوي لهم.

واخيراً لابد من طرح السؤال التالي: هل عملية الفصل سهلة؟ والجواب سيكون بالتأكيد بالنفى. فهي تحتاج إلى امكانيات بشرية ومادية كبيرة، لذلك لا تستطيع الدول الفقيرة إنشاء مدارس خاصة بالموهوبين لانها تحتاج الى ابنية تتوفر فيها جميع المستلزمات العلمية من مختبرات وقاعات ووسائل تكنولوجيا معاصرة فضلاً عن توفير سكن خاص بهم تتوفر فيه جميع المستلزمات الصحية. لأنه لا يمكن ننشأ مدرسة في كل مدينة وخاصة الفقيرة منها لامكانياتها الباهضة. وعندما

يجمع المتميزين من مدن متعددة ليكونوا مثلاً في عاصمة البلد. يتطلب الحال اسكانهم وتوفير كل ما يحتاجون اليه، وما يفترض أن يكون هو ان تكون نقلتهم من اماكنهم الخاصة الى المدرسة الخاصة بوضع افضل مما كانوا عليه، وهذا ليس سهلاً على الاطلاق ويكلف كثيرا. هذا وان وفرت كل المستلزمات المطلوبة فان نقل الطالب من بيئته الى مكان الدراسة قد يؤثر بشكل سلبي في تكيفه مع متطلبات الدراسة وخاصة في مجتمعنا الشرقي الذي يتميز بالتلاحم والتكاتف الاسري والانتماء القوي لها. لذلك قد لا يتكيف بعض او كثير منهم للحالة الجديدة التي يكون فيها بعيداً عن اهله.

هذا من جهة ومن جهة أخرى فأن المدارس الخاصة تستلزم تهيئة كادر على مستوى عال من الكفاءة، ومعد بشكل كامل للتعامل مع هذه الفئة مستوعباً لخصائصها المعرفية والشخصية.

كما يتطلب الأمر مناهج خاصة تلبى قدراتهم واستعدادتهم وميولهم وتنمى افق تفكيرهم وتصقل قدراتهم آخذه بنظر الاعتبار اللمحات الابداعية وتشجيعها واستثمارها وتهيئة كل المصادر التي من شأنها ان تزهر هذه الاشراقات.

واخيرا، قد يتحدد الطالب المتفوق عقليا في المدارس الخاصة بالتفاعل مع عدد محدود دون اقرانه الاعتياديين الأمر الذي قد يخلق نظرة سلبية وخاصة لدى الاعتياديين اتجاه المتفوقين. لذلك تعد الصفوف الخاصة ضمن المدارس العادية مدخلاً يتجاوز السلبيات التي ذكرت خلال فصل المتفوقين في مدارس خاصة لانهم سوف يتفاعلون مع اقرانهم الاعتياديين في كثير من الأنشطة والفعاليات التي تجرى في اطار المدرسة. ويمكن استغلال قدراتهم في بعض الأنشطة كالقيام بالوسائل التعليمية المتنوعة، وعمل خرائط، وعرض تجارب، وابداعات مختلفة في مجالات متنوعة، وهذا يعتبر رافداً مغذيا للمدرسة بشكل عام، فضلا عن ان الصفوف الخاصة لا تحتاج الى الامكانات المادية والبشرية التي ذكرت سابقا للمدارس

الخاصة. كما يمكن ان تفتح هذه الفصول في جميع المدن لتستوعب عدداً محدوداً في كل منها.

ويستطيع الطالب المتفوق ان يعود الى بيته يوميا دون تحمل معاناة الفرقة والبعاد وسلبياتها التي أشرنا اليها سابقا.

وسيكون الباب مفتوحا وفق هذا النظام لاتباع الشكل الذي يتلائم والظروف الموضوعية لاي بلد. فقد يصار مثلاً ان يدرس الطلبة المتفوقين المناهج ذاتها التي تعطي للاعتياديين مع اضافات نوعية او كمية، او قد يصار الى وضع مناهج خاصة بهم، أو يتبع نظام تسريعي لهم على نفس مناهج الاعتياديين.

وما اريد قوله في هذا الصدد هو انه مهم جداً ان ندرس التجارب التي اجريت في العالم في كل مجال، لكن ليس بالضرورة ان ننقلها حرفيا، وانما يفترض ان نستفيد منها ونبلورها بالطريقة التي تتناسب معنا، وتتماشى مع المتغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والدينية.

وأخيراً لابد من الإشارة الى بعض النماذج الخاصة للطلبة المتفوقين والموهوبين للصفوف الخاصة ضمن المدارس العادية التي اشار اليها زيتون[1] وهي:

1- برنامج التفكير المنتج The Productive Thinking Program

ان هذه البرامج تهدف الى تنمية التفكير الابداعي للمرحلة الابتدائية (الصف الخامس والسادس، ويتكون هذا البرنامج من (10) دروس كل درس يتعلق بحل لغز او حدث ما.

(1) زيتون، عايش محمد (1987) تنمية الابداع والتفكير الإبداعي في تدريس العلوم. عمان: جمعية عمال المطابع التعاونية.

2- برنامج بوردو لتنمية التفكير الابداعي The Purdue Creative Thinking Program

وهي من البرامج المنتشرة في الولايات المتحدة الامريكية لتنمية التفكير الابداعي لتلاميذ الصفوف الثالثة والرابعة والخامسة من المرحلة الابتدائية، يتكون البرنامج من (28) درساً مسجلاً على اشرطة سمعية مع تمارين مطبوعة.

3- برنامج مايرز- تورانس Myers-Torrance Workbook

وهو برنامج لتنمية التفكير الابداعي لتلاميذ المرحلة الابتدائية عن طريق الاسئلة والتمارين.

4- برنامج بارنز The Parnes Program

صمم هذا البرنامج في نيويورك، ويدعو إلى العصف الذهني Brain Storming

5- طريقة كاتينا للتدريب Khatena's Training Method

وهي طريقة للأطفال والبالغين، تتضمن صور لأدوات وبرامج تدريب على التفكير الإبداعي.

6- برنامج اكرون المدرسي الاستكشافي Akrons Exploratory System Program

يتكون من (12) رزمة تعليمية في العلوم والرياضيات وفي المشكلات التي تتطلب حلاً وفق أسلوب البحث والاستقصاء.

البرامج المقدمة للمتفوقين عقلياً

لقد شهدت السنوات الأخيرة تطوراً كبيراً في مجال البرامج الخاصة بالمتفوقين عقلياً تصب في قسمين رئيسيين هما:

- **الأثراء (الاغناء)** ان الاثراء Enrichment بشكل عام هو بمثابة مناهج خاصة اضافية للمتفوق عقليا إضافة الى المناهج العادية لتلبي قدراته العقلية المتميزة. مراعين في ذلك اختيار المحتوى الذي يتناسب مع ميول واهتمامات الطلبة والطرق

والأساليب الملائمة من خلال معلم مهيئ ومؤهل ومتدرب على أن تتوفر المصادر والامكانيات الكفيلة لنجاح الاثراء.

وقد أشار رونزلي Renzulli [1] الذي يعتبر من ابرز المهتمين بالبرامج الاثرائية الى ثلاثة انواع من برامج الاثراء هي:

1- توفير خبرات تتضمن مواضيع ومجالات معرفية جديدة، أو افكار متطورة لا توفرها المناهج العادية.

2- تصميم أساليب ومحتويات وتقنيات مخصصة من اجل تطوير مستويات عالية من التفكير، ومهارات البحث والاستقصاء والمراجعة بالإضافة إلى المهارات المرتبطة بالتطور الشخصي والاجتماعي.

3- اشراك فرد أو مجموعة من الأفراد ذوي الاهتمام بمشكلة معينة، وايجاد حل لها من خلال البحث والتقصى المكثف.

ومن الأبواب الرئيسية التي تفتح الباب واسعاً لاثراء المتفوقين عقلياً وجود غرفة مصادر ينهل منها خبرات ومعارف مختلفة قد لا تحتويها المناهج العادية.

ولكن لابد من الاشارة ان هدف الاثراء سواء كان تعمقاً أو توسعاً او كليهما ليس فقط اكساب قدر اوسع واعمق من المعرفة وانما الأخذ بيد المتفوق الى مستويات سلوكية عليا تتضمن مهارات التحليل والتركيب والاستقصاء والتقويم.

وعلى اية حال، فان الثالوث الأثرائي الذي يقترحه رونزلي بعد عملية الكشف عن المتفوقين والتي تتم عن طريق جمع المعلومات من خلال:

أ- المقاييس النفسية Psychometric وتتضمن الاختبارات التقليدية للذكاء والاستعداد والابداع.

ب- معلومات من خلال مراحل النمو عن طريق الأهل والمعلم والمتفوق نفسه والمقاييس التقديرية.

---

(1) الحروب، انيس (1999) مصدر سابق ، ص34.

جـ- المقاييس الاجتماعية Sociametric من خلال تقدير الرفاق.

د- الاداء الذي يقوم به المتفوق خلال المدرسة وخارجها.

يتضمن هذا الثالوث الاثرائي [1] على:

1- النمط الاثرائي الاول Type 1 Enrichment

ويتضمن هذا النمط خبرات استكشافية عامة (General Exploratory Experiences) وهي تشمل مواضيع وأفكار لا يتضمنها المنهج العادي. وتجري عملية التنفيذ من خلال زيارات المحدثين، والرحلات، ومراكز تطوير عملية للاهتمامات، واستخدام تقنيات سمعية وبصرية، وتقع مسؤولية تنفيذ هذا النمط على:

أ- فريق الاثراء المكون من اعضاء هيئة التدريس وأولياء الأمور الذي لديهم مسؤوليات محددة لتنظيم جهود الاثراء.

ب- لجنة النمط الأول.

2- النمط الاثرائي الثاني Type 2 Enrichment

ويتضمن هذا النمط مجموعة نشاطات تدريبية Group Training Activities مصممة بشكل أساسي لتطوير العمليات العقلية والانفعالية. يتكون هذا النمط من أربعة أهداف رئيسية هي:

أ- التدريب المعرفي والانفعالي ويشمل:

1- مهارات التفكير الابداعي.

2- حل المشكلات الابداعية واتخاذ القرارات.

3- التفكير النقدي والمنطقي.

4- المهارات الانفعالية.

---

(1) الحروب، انيس، مصدر سابق، ص 128 .

ب- مهارات كيف نتعلم

1- الاستماع والملاحظة والفهم.

2- القراءة وتدوين الملاحظات.

3- المقابلة والمسح

4- تحليل وتنظيم البيانات

جـ- مهارات بحثية متقدمة ومواد مرجعية وتشمل:

1- اعداد البحوث.

2- المهارات المكتبية.

3- مصادر المجتمع.

د- مهارات التواصل وتشمل:

1- التواصل البصري

2- التواصل الشفهي

3- التواصل الكتابي

ويستخدم استبيان النشاطات The Class Activities Questionnaire الذي يعتبره رونزلي Renzulli افضل الأدوات لتقييم مهارات التفكير والعوامل المرتبطة بالمناخ التعليمي والتي تصف نموذج الاثراء من النمط الثاني.

3- النمط الاثرائي الثالث Type 3 Enrichment

ويتضمن عملية البحث عن مشكلات حقيقية عن طريق فرد واحد او مجموعة افراد، وتتطلب عملية البحث رسالة معلومات العمل التي تعتمد على مصادر متنوعة منها المنهج العادي، النمط الاثرائي الأول والنمط الاثرائي الثاني، ونشاطات غير مدرسية ومشاركات منهجية اضافية. تكون هذه الرسالة موجهة الى مدرس غرفة المصادر وبعد قبولها يشتركان في وضع الخطة بشكل مجدول تسمى الخطة الادارية. ولمدرس غرفة المصادر أهمية كبيرة في النمط الثالث إذ هو يزود

الطلبة بمعلومات بحثية، والكشف عن المصادر التي يحتاجونها في بحثهم ومعالجة أي اشكالية يمكن ان تحدث لهم خلال عملية البحث.

ان النماذج الاثرائية المقدمة للمتفوقين ليست واحدة لجميع المراحل الدراسية وانما يجب ان تتناسب مع المرحلة الدراسية، فالنموذج المقدم لمرحلة الدراسة الاساسية قد لا يكون بمستوى قدرات المتفوقين في المرحلة الثانوية. فمثلا عمل فيلدهوسن Feldhusen مع كولوف Kolloff [1] في نموذج بيردو الاثرائي ذي المراحل الثلاث لتعليم المتفوقين عقلياً في المرحلة الابتدائية وتشمل المراحل الثلاث في ترتيبهم ما يلي:

1- تطوير مهارات التفكير المتشعب والمحدد الذي يشتمل على الطلاقة والمرونة والجدة والاسهاب والمنطق والتفكير النقدي والتحليل والتركيب والتقويم اضافة الى تدريس المحتوى المناسب، والمهارات الاساسية في العلوم والرياضيات، والفنون اللغوية.

2- المرحلة الثانية تتمثل في تطوير مهارات حل المشكلة الابداعية، ويتطلب ذلك تعليم استراتيجيات وتقنيات اكثر تعقيداً وتطبيقاً يمكن ان يستخدمها المتفوقون في الدراسات المتقدمة، وفي نشاطات المشاريع كأسلوب حل المشكلة من خلال التفكير المتشعب والمحدد، أو التحقق او الحفز الذهني Brain Storming او تجميع المضادات في نقطة مشتركة.

3- المرحلة الثالثة: وتتمثل في تطوير مهارات التعلم المستقل التي تتطلب المبادرة الذاتية والتوجيه الذاتي من خلال الاستفادة من المرحلة الأولى والمرحلة الثانية. فهي تعطي المتفوق دوراً يكون أكبر من عمره الزمني إذ يأخذ دور الراشد، وهذا ما ينعكس بشكل ايجابي على مفهومه لذاته. وقد يستفيد المتفوق في هذه المرحلة من مصادر عدة كالمكتبات، والمتاحف، والأجهزة المرئية والمسموعة،

---

(1) الحروب، انيس، مصدر سابق، ص 187 .

والمحاكم، والمصانع، والمستشفيات، والفنانين، والعمال، ومكاتب الصحف والمنظمات الشعبية، ووكلاء السياحة والسفر، والمراكز الطبيعية، والجامعات ورجال الأعمال وغيرهم.

وعرض هيلدهوسن Heldhusen وزميله روبنسون Robinson [1] نموذج بيردو للمرحلة الثانوية. وهذا البرنامج يشتمل على الاثراء والتسريع معا، ويتكون من عناصر عديدة هي:

1- خدمات الارشاد: وتشمل الكشف عن المواهب والارشاد التربوي والارشاد المهني والارشاد الذاتي أو الشخصي.
2- حلقة البحث وتشمل الدراسة المعمقة، الاختيار الذاتي للمواضيع، التربية المهنية، النشاطات الانفعالية، مهارات التفكير والبحث، واستخدام المكتبة، وعرض البحوث.
3- صفوف الرتب المتقدمة: وتتمثل بفتح صفوف من التاسع الى الثاني عشر للطلبة المتفوقين ويزودون بخبرات تسريعية في جميع المواد.
4- صفوف مرتبة الشرف: وهو نظام معمول به في التعليم الثانوي والجامعات حيث يعطي الطلبة الذين يحصلون على درجات متميزة وعالية اضافات في صفوف خاصة الى جانب تلك التي تؤخذ مع أقرانهم.
5- تسريع العلوم والرياضيات وتشمل تعلم علم الجبر في الصف السابع والاستمرار في التسريع، والتقدم السريع في الرياضيات، وفتح مواد العلوم والقبول المبكر للطلاب المتفوقين فيها.
6- اللغات الأجنبية: ان تعلم لغات أخرى تسمح المجال امام المتفوقين لأن ينهلوا من اكثر من منبع الأمر الذي يؤثر ايجاباً في توسيع معارفهم ومداركهم

---

(1) المصدر السابق نفسه، ص 192-195 .

ورؤيتهم كاللغة اللاتينية او اليونانية، اللغة الفرنسية، او الاسبانية، او الالمانية أو اللغات الشرقية والروسية.

7- الفنون: وتشمل الفنون البصرية كالرسم والموسيقى والمسرح والرقص والنحت.

8- الخبرات الثقافية وتشمل المفاهيم والالعاب والمعارض، الرحلات السياحية، الرحلات الميدانية، زيارة المتاحف.

9- التربية المهنية، ويتم ذلك من خلال الاستفادة من الخبراء الناصحين، وملفات البحث التي تشتمل عليها دراسة المهن، ودراسة الذات والتخطيط التربوي.

10- البرامج الوظيفية: فبعض الطلبة يظهرون مواهب غير عادية في مجالات الاقتصاد المنزلي، الزراعة، التجارة، الفنون الصناعية.

11- التعليم الاضافي ويشمل هذا التعليم الدوام في العطلة الصيفية، الصفوف والنوادي الصيفية، الدراسة بالمراسلة، الفنون المجمعة.

التسريع Acceleration

يعد التسريع من البرامج الرئيسية المقدمة للمتفوقين عقلياً. شاع استخدامه بشكل واضح بعد منتصف القرن العشرين وبشكل خاص بعد ان اطلق الاتحاد السوفيتي (سابقاً) اول قمر صناعي الى الفضاء عام 1957 الأمر الذي جعل امريكيا تقوم ولا تقعد، ودرست بشكل مسهب اسباب تقدم الاتحاد السوفيتي. وبعد اجتماعات ونقاشات مستفيضة توصلت الى ان سبب ذلك هو التعليم، فسنت القوانين والبرامج والتسهيلات، وكان احداها التسريع متجنبين حالة الاهدار التي يتعرض لها المتفوق عقليا وفق المناهج العادية. وهي المناهج التي تفسح للمتفوقين عقلياً انهائها في فترة زمنية مناسبة له وفي الغالب أقل من الفترة التي يقضيها ضمن المناهج العادية.

وسبق ان ذكرنا أن رونزلي Renzulli كان من أكثر المهتمين في مجال الاثراء المقدمة للمتفوقين عقلياً كما هو واضح من خلال القراءات السابقة فان ستانلي وبينبو Stanly and Benbow من اكثر المهتمين في تقديم الخدمات التسريعية للمتفوقين عقلياً بالرغم من انهم ركزوا بشكل أساسي على موضوع الرياضيات أي التسريع الجزئي الذي يتعرض لمادة واحدة. وقد برر الباحثان أسباب تركيزهما على مادة الرياضيات من حيث كونها (1)

1- موهبة الرياضيات من المواهب التي تظهر مبكراً عند الأطفال.
2- امكانية تطوير الموهبة أو القدرة الرياضية.
3- يمكن اكتسابها بفترات زمنية قصيرة.
4- اعتمادها بشكل أساسي على التحليل المنطقي دون اعتمادها على اللغة.
5- إن مادة الرياضيات أساس معظم العلوم.

ويمكن ان يتخذ التسريع اشكالاً متعددة منها:

1- قبول الطفل المتفوق عقلياً بناء على عمره العقلي وليس على أساس عمره الزمني، إذ يسمح للطفل ان يقبل بالدراسة الابتدائية بسن اقل من اقرانه الاعتياديين.
2- السماح للطفل تجاوز الصفوف اذا كانت القوانين المعمول بها تسمح بذلك، كلما ادرك ان بامكانه تجاوز مرحلة إلى أخرى.
3- السماح للطفل ان يتجاوز صفين في سنة واحدة، وليس صفاً واحداً وقد يكون برنامج التعليم المنزلي المعمول به في ليبيا يسمح بذلك حيث يمكن للطفل تجاوز صف معين من 10/1 إلى 3/1 ويتابع الصف الذي يليه الى 9/30 يعمل بهذا البرنامج في المرحلة الابتدائية.

(1) الحروب، انيس، مصدر سابق، ص 148 .

4- تعد الجامعة المفتوحة التي يعمل بها في الجماهيرية الليبية أحد أشكال التسريع حيث توجد حوالي (40) مادة مخصصة لاربع سنوات لاختصاصات مختلفة. يمكن للطالب ان يتجاوزها بنصف الفترة الزمنية أو اقل. وهناك من تجاوز البكالوريوس بسنتين والبعض الاخر بثلاث سنوات.

5- يمكن ان يسمح للطالب المتفوق عقلياً ان يمتحن في برنامج السنة الأولى لأي كلية من الكليات الذي يزمع الدخول فيها في الدور الثاني بعد أن يأخذ نتيجته للدراسة الثانوية في الدور الأول، وعندما ينجح يسجل مباشرة بالسنة الثانية بدلا من السنة الأولى، ويمكن اعادة الكره وهو الامتحان للسنة الثالثة بالدور الثاني بعد ان ينهى متطلبات السنة الثانية في الدول الأول، وهذا يمكنه من التسجيل بالنسبة الرابعة، وبذلك ينهي الجامعة بسنتين بدلا من اربع سنوات.

هذه هي بعض أشكال برامج التسريع ولكل دولة الحق اختيار الشكل الذي يناسبها، والذي يساعد على استغلال القدرات الحقيقية للمتفوقين بعيداً عن الهدر.

ولكن لا يمكن القبول المطلق بعملية التسريع بالرغم من ان كثير من الدراسات اشارت الى ايجابية هذه العملية. ويذكر جابر [(1)] في هذا الصدد ان كثير من الأطفال الذين التحقوا بمدارس رياض الأطفال في سن مبكرة جداً، وكذلك الذين انتقلوا من الصف الثاني الى الصف الرابع بعد دراسة صفية امدها خمسة اسابيع كانوا افضل من زملائهم في الناحية الاكاديمية وكان توافقهم حسناً من الناحية الانفعالية والاجتماعية. كما ان الطلبة الذين التحقوا بالجامعة بعمر اقل من اعمار أقرانهم كان انجازهم الاكاديمي متميزاً ونجحوا، وواصلت نسبة أكثر من زملائهم الاعتياديين في الدراسات العليا.

ولكن قسم يرى ان تسريع بعض الطلبة قد يرجع عليهم بمردود سلبي من الناحية الاجتماعية والانفعالية، وخاصة اولئك الذين لم يكتملوا نضجاً من الناحية

---

(1) جابر، جابر عبد الحميد، مصدر سابق، ص 163.

الجسمية والاجتماعية. فالطفل ذو البنية الصغيرة (قياسا الى زملائه) الذي يكون في صف أعلى من عمره الزمني، قد يكون عرضه للسخرية والاستهزاء والاعتداء عليه من قبل زملائه الآخرين المتلكئين أو الفاشلين تنفسياً عن فشلهم واحباطهم الأمر الذي يؤثر تأثيراً سلبياً في نفسيته وفي توافقه الاجتماعي.

وقد يتفاقم الحال اذا لم يكن هناك تدخل سريع من قبل المدرس أو الاداريين المسؤولين عنه. لذلك يفترض أن يكون النقل فردياً، كما يجب أن نبتعد قدر الامكان من ان نحمل الطفل عبئاً كبيراً اكثر من طاقته.

وقد مرت عملية الاسراع منذ بدء حركة القياس النفسي بمراحل ثلاثة[1]

المرحلة الأولى والتي اعتمدت على مستوى التحصيل الدراسي حيث وضع المتعلمين المتشابهين معاً الأمر الذي جعل المتفوقين يكملون دراستهم بمدة قصيرة اقل من فترة اقرانهم.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة النقل المحظور والممنوع عندما ظهر على السطح مشكلة التوافق الاجتماعي، وعدم التكيف بين المتعلمين بالنظر الى انحدارهم من مستويات اجتماعية متفاوتة، واكتفى المربون في هذه المرحلة ببعض الأنشطة التي تستثير قدرات الاذكياء واهتماماتهم، ويبقى في هذه المرحلة المتعلمون ذوو العمر الواحد معا.

المرحلة الثالثة: وهو احدث الاتجاهات الذي يتميز بالشمولية والموضوعية، ويعتمد على وضع المتعلمين ذوي النضج المتشابه معا (Similar level of Maturity) فلا يتم النظر لمتغير واحد فقط كالعمر الزمني أو التحصيل أو العمر العقلي، وانما اصبح الاهتمام بمتغيرات متعددة تشمل الجوانب الأساسية للذات وهي الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي.

(1) ياسين، عطوف محمود، مصدر سابق، ص 255 .

مبررات التسريع

1- ان من أهم الأسباب التي تؤدي إلى عملية التسريع هو تجنب الهدر الكبير الذي يحدث عند بقاء المتفوق عقلياً في الصف العادي حيث ان الفترة التي يقضيها المتفوق عقلياً طويلة، لذلك يصار الى التسريع لاستغلال الوقت.

2- ترجع عملية التسريع بمردود اقتصادي للبلد إذ ان الدولة تصرف على التعليم كثيراً، وعندما ينهي المتفوق عقلياً تعليمه بفترة اقل فهو يقلل من النفقات التي تتحملها الدولة. كما انه من جانب آخر يقلل من الاعتماد على الوالدين.

3- ان عملية التسريع تساعد المتفوقين على استغلال ميولهم المهنية بشكل مبكر الأمر الذي يفسح المجال لاستقلالة وتكوين أسرة لان التخرج المبكر يساعد على الزواج المبكر، وهو امر مرغوب فيه من الناحية الاجتماعية الانفعالية والدينية.

4- ان التخرج بشكل مبكر يساعد على تحقيق الذات، وعلى النتاج العلمي لان الفرد يكون في خضم طاقته التي يمكن استغلالها. إذ ان الانتاج في العمر المبكر يكون اوفر حظاً من السنوات الأخيرة من العمر، لان الفرد قد تتناقص قدرته ودافعيته وعطاؤه كلما تقدم في العمر إضافة الى تعرضه للامراض بسبب تقدمه العمري.

5- كما ان التسريع يبعد المتفوق عقلياً عن الملل والسأم وخاصة التكرار والاعادة المملة له والتي هي مطلوبة لان تتبع من قبل المدرس لمراعاة الفروق الفردية. لذلك فان عملية التسريع تملي على المتفوق حالة من الحيوية والنشاط.

6- لها مردود ايجابي على مفهوم الذات بشكل خاص وعلى شخصيته بشكل عام.

الارشاد والتوجيه

يمكن القول إبتداء ان عملية الارشاد والتوجيه تحمل في طياتها استغلالاً واستثماراً للطاقات البشرية، إذ قد يتعرض الأفراد المتفوقون والموهوبون لمشاكل في البيت والمدرسة والمجتمع المحلي نتيجة لما يتسمون به من سمات متميزة

كالوعي الثابت، والاحساس المرهف، والتفكير الناقد، والاستقلالية، والمبادأة، والفضول العلمي. وفي كثير من الاحيان لا تستوعب هذه السمات من قبل الأفراد الذين يتعاملون معهم سواءً في البيت أو المدرسة او المجتمع المحلي. كما ان لهم حاجات نفسية يستلزم اشباعها كما ذكرنا سابقاً كالحاجة الى الشعور بالأمن والامان والمؤازرة والتقبل والتقدير. لذلك يمكن القول ان المتفوقين الموهوبين اكثر عرضه للانكسارات النفسية نتيجة لسماتهم التي أسلفنا ذكرها فالأكثر احساساً ووعياً أكثر تألماً لما هو مرفوض أو غير مقبول.

لذلك فالمتفوق او الموهوب بأمس الحاجة الى الارشاد والتوجيه لكي يتفهم ذاته والواقع المعاش، وكيفية التكيف مع واقع قد لا ينسجم تماماً مع رؤيته الخاصة. فقد تواجه المتفوقون والموهوبون أساليب غير تربوية في البيت او المدرسة، وقد تكون المتغيرات الاسرية الاخرى تخمد الجذوة والشعلة، اما البرامج التربوية وأساليب التقييم قد لا تتحدى تفكيرهم الأمر الذي يؤدي أحياناً الى تحصيل لا يتناسب مع قدراتهم العقلية مما يؤثر سلباً في رؤيتهم لذاتهم.

وهنا يأتي دور المرشد في مساعدة المتفوق أو الموهوب على فهم وتقدير خصائصه النفسية والمساعدة في تنمية الشعور بالتقدير، وتطوير اتجاهات ايجابية نحو ذاته والاخرين لان المتفوق او الموهوب قد يواجه نتيجة لعدم تكيفه مع اقرانه احياناً الى شعوره بالقلق مما يؤدي الى الانحسار والانسحاب لان اهتماماته وميوله قد لا تنسجم مع ميول واهتمامات أقرانه، وقد ينسحب كل منهما من الأخر.
فعندما يبتعد احدهما عن الثاني يؤدي بالأخير الى الابتعاد كذلك لان عملية التواصل متبادلة ومتفاعلة.

ولا يقتصر الارشاد على المتفوقين او الموهوبين فقط وانما تحتاج الأسرة والمدرسة وبشكل خاص الوالدان والمدرسون الى ارشاد من خلال تعريفهم بالسمات والخصائص النفسية والمعرفية والاجتماعية للمتفوقين لكي يحسنوا التعامل معهم. فمثلا قد يواجه هؤلاء المتفوقون والموهوبون اتجاهات سلبية من الآباء نحو مظاهر

التفوق والابداع، وقد لا يستحسن الآباء التفكير المتشعب (الابتكاري) الذي يتسم بالاصالة والجدة والابداع الذي يتسم به ابناءهم المتفوقون، ويستحسنون التبعية والطاعة والاذعان لما يملى عليهم، كذلك الحال بالنسبة للمدرسين.

وقد يمكن القول ان كثير من الطاقات والقدرات والمواهب قد أفلت لعدم وجود النموذج الذي يحتذى، ولعدم وجود من يرشدهم الى الطريق الذي ينسجم مع قدراتهم وميولهم واهتماماتهم، وقد يتخطى الأمر الى اختيار المهنة. لذلك يعد الارشاد والتوجيه المهني من الضروريات التي يحتاجها المتفوقون والموهوبون لتحقيق الذات والتي يمكن ان يتخلله حالة الابتكار من خلال الاختيار الصحيح للاختصاص الذي يؤدي به الى المهنة التي يرغبها.

المراجع العربية

- آل شارع / عبد الله نافع (1986) الطفل الموهوب والتنمية. السعودية، الرياض: وزارة التخطيط، 24-26 تشرين الثاني.
- البدري، احمد (1985) اسرار وعيوب الكلام. القاهرة: كتاب اليوم الطبي.
- بهادر، سعدية محمد (1994) في علم النفس ، ط19. القاهرة: مطبعة المدني.
- جابر، جابر عبد الحميد (1975) الذكاء ومقاييسه. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جروان، فتحي (1999) الموهبة والتفوق والابداع. الامارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- جلال، سعد (1970) في الصحة العقلية، الامراض النفسية والعقلية الانحرافات السلوكية. الاسكندرية: مطبعة المصري.
- الحديدي، منى صبحي (1998) مقدمة في الاعاقة البصرية. عمان: دار الفكر.
- الحروب، انيس (1998) نظريات وبرامج في تربية المتميزين والموهوبين. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- حسن، محمد علي (1970) دراسة تحليلية لشخصية المعوقين في جمهورية مصر العربية والمتطلبات التربوية والنفسية لرعايتهم. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- الحفني، عبد المنعم (1994) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط4. القاهرة: مكتبة مدبولي.

- 🕮 الحمداني، موفق (1982) اللغة وعلم النفس. العراق، الموصل: دار الكتب للنشر.
- 🕮 الخالدي، اديب محمد علي (1976) سيكولوجية المتفوقين عقلياً. بغداد: دار السلام.
- 🕮 الخطيب، جمال محمد (1993) تعديل سلوك الأطفال المعوقين. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 🕮 الخطيب، جمال محمد (1998) مقدمة في الاعاقة الجسمية والصحية. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 🕮 الخطيب، جمال محمد (2004) تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية. عمان: دار وائل للنشر.
- 🕮 الخطيب، جمال، الحديدي، منى (1998) التدخل المبكر، مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة . عمان: دار الفكر.
- 🕮 دوكلاس. هـــ. فبراير (1965) علم النفس العام ترجمة ابراهيم يوسف منصور، بغداد: مطبعة شفيق .
- 🕮 راجح، احمد عزت (1985) اصول علم النفس، ط9 . القاهرة: المكتب المصري الحديث.
- 🕮 رأفت محمد، عبد الغفار، عبد السلام، وسيف، فيليب صابر (1967) دراسة مقارنة عن شخصية المتفوقين والعاديين بين طلاب وطالبات المدارس الثانوية العامة المجلة الاجتماعية القومية، مايو، ص 33-54 .
- 🕮 الرفاعي، نعيم (1987) دراسة سيكولوجية التكيف والصحة النفسية. دمشق: جامعة دمشق.
- 🕮 الروسان، فاروق (1999) أساليب التشخيص والقياس في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر .
- 🕮 الريحاني، سليمان (1981) التخلف العقلي. الاردن: المطبعة الأردنية.

- الزبيدي، محمد شكري محمود (2001) تربية الاطفال الصم وضعاف السمع. ليبيا، طرابلس: دار النخلة .
- الزريقات، ابراهيم عبد الله (2004) التوحد، الخصائص والعلاج. عمان: دار وائل للنشر.
- الزعمط، يوسف (2000) التأهيل المهني للمعوقين، ط2، عمان: دار الفكر.
- زهران، عبد السلام (1977) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2. القاهرة: عالم الكتب.
- زيتون، عايش محمد (1987) تنمية الابداع والتفكير الابداعي في تدريس العلوم. عمان: جمعة عمال المطابع التعاونية.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987) المعاقون أكاديميا وسلوكيا، خصائصهم وأساليب تربيتهم. السعودية: دار الكتاب للنشر.
- السرطاوي، عبد العزيز، أبو جودة، وائل موسى (2000) اضطرابات اللغة والكلام، اكاديمية التربية الخاصة. الرياض: السعودية.
- سعيد، عبد السلام علي (1985) الموهوبون في الجماهيرية. مصراته: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.
- سويد، عبد الله ودقدق، علي مصطفى (1987) رعاية الطفل المعاق سمعيا، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الثالث للاسرة. ليبيا- طبرق.
- الشخص، عبد العزيز السيد (1997) اضطرابات النطق والكلام. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- الشيخ، سليمان الخضري (1978) الفروق الفردية في الذكاء، ط2. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.
- طوقان، حافظ طوقان (1983) العلوم عند العرب، ط2. بيروت: دار الكتاب.

- الظاهر، قحطان احمد (1999) طرق التدريس العامة. ليبيا، الزاوية: المكتبة الجامعية.
- الظاهر، قحطان احمد (2000) تأثير وأساليب تعديل السلوك في معالجة السلوك العدواني، ليبيا: الهيئة القومية للبحث العلمي، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، السنة السادسة، العدد السادس.
- الظاهر، قحطان احمد (2003) تعديل السلوك، ط2، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الظاهر، قحطان احمد (2003) مصطلحات ونصوص انكليزية في اللغة الانكليزية. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر .
- الظاهر، قحطان احمد (2004) صعوبات التعلم. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن، محمد الله، سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في الدول النامية. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الرحيم، فتحي السيد (1980) سيكولوجية الطفل غير العادي واستراتيجية التربية الخاصة. الكويت: دار القلم.
- عبد الرزاق، عمار (1988) تربية المراهقين المعوقين، الادماج في المدرسة (ترجمة) تونس: المنظمة العربية للثقافة والعلوم والتربية.
- عبد الغفار، عبد السلام (1977) التفوق العقلي والابتكار. القاهرة: دار النهضة العربية.
- عبد الغفار، عبد السلام والشيخ، يوسف (1985) سيكولوجية الطفل غير العادي. القاهرة: دار النهضة العربية.
- عزيز، صبحي خليل (1985) اصول وتقنيات التدريس والتدريب. العراق، بغداد: الجامعة التكنولوجيا، ص 263.

- عيسوي عبد الرحمن (ب.ت) سيكولوجية الابداع، دراسة في تنمية الابداع. بيروت: دار النهضة العربية.
- القذافي، رمضان (1988) سيكولوجية الاعاقة. ليبيا: الدار العربية للكتاب.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995) مدخل الى التربية الخاصة. الامارات، دبي: دار القلم.
- كيرك وكلفانت (1988) صعوبات التعلم الاكاديمية والنمائية، ترجمة زيدان السرطاوي وعبد العزيز السرطاوي. الامارات: مكتبة الصفحات الذهبية
- كينت، هاملتون (1962) أسس التأهيل المهني، ترجمة سيد موسى. القاهرة: مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر.
- مرسي، احمد (1970) التخلف العقلي وتأثير الرعاية والتدريب. القاهرة: دار النهضة العربية.
- مرسي، كمال ابراهيم (1981) الطفل غير العادي من الناحية الذهنية والطفل النابغة. القاهرة: دار النهضة العربية.
- معوض، خليل ابراهيم (1983) قدرات وسمات الموهوبين. الاسكندرية: دار الفكر العربي.
- المليجي، حلمي (1968) سيكولوجية الابتكار. القاهرة: دار المعارف.
- موسى، رشاد علي عبد العزيز (1991) سيكولوجية الفروق بين الجنسين. القاهرة: مؤسسة مختار للنشر.
- نشواتي، عبد المجيد (1983) علم النفس التربوي. الاردن: دار الفرقان.
- الهاشمي، عبد الحميد محمد (1985) الفروق الفردية، ط3. بيروت: مؤسسة الرسالة.
- هنري. ب (1964) حياة المكفوفين، ترجمة حمال بدران وآخرون، بيروت: دار النهضة العربية.

- الوقفي، راضي (2003) صعوبات التعلم النظري والتطبيقي. عمان: منشورات كلية الاميرة ثروت.
- ياسين، عطوف محمد (1983) اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال. بيروت: دار الاندلس .
- يحيى، خوله (2003) الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط2. عمان: دار الفكر.

المراجع الاجنبية

- Baker, A. (1976) Hyperactivity: Methods of Treatment: Division for Children with Learning Disabilies. CEC: Reston: Virginia.
- Bandura, A. (1973) Aggression: A Social Learning Analysis, N. Y: Prentice Hall.
- Birch, J. W. and Johnsone. B. W. (eds) (1975) Designing Schools and Schooling for Handicapped. NewYork: Charles C. Thomas.
- Bower, G. H. , and Hilgard, E . R. (1981) Theories of Learning. Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall .
- Burger . A. L. (1977) Special education services for mentally retarded in Asia. Mental Retardation. Vol. 15. No. 1.
- Davie, R. Rutter, N. and Goldstein, H. (1972) From Birth to Seven. London: Longman.
- Dunn. L. M. (ed) (1973) Exceptional Children in Special Education in Transition. NewYork. Holt, Rinehart and Winston.
- Edelson, Stephen (2004) Conquering Autism. N.J : Kinsington Publishing Corp .
- Erickson, M. J. (1965) The Mentally Retarded Child in the Classroom. London: The Macmillan Co.
- Eysenek, H. S. (1978) Argon and Neurosis. Glassgow: William Collins.
- Fadhil, A. S. (1985) Further education provition for physically handicapped young people between the ages of 16-17 in Iraq and Britain. Unpublished M- Ed Thesis. University of Wales.
- Feldhusen. J. E. (1985) A Conception of giftedness in R. J. Sternberg and J. E. Davidson (Eds) Conception in Giftedness. NewYork: Cambrige University Press.
- Freeman, J. (1991) Gifted Children, Growing Up. London. Cassel Educational Press.
- Gagne R. M. (1975) The Conditions of Learning and Theory of Instruction. NewYork, Rinehart and Winston .
- Gardner, H. (1993) Multi Intelligence: The Theory in Practice. NewYork, Wiley.
- Gardner, W. I. (1977) Learning and Behaviour Characteristics of Exceptional Children and youth. A Humanisitc Approach. NewYork: Allyn and Bacon.

- Gardner, J. (1967) Behaviour therapy treatment approach to a psychogenic seizure case. Journal of Consulting Psychology. 31, PP. 209-212.
- Goody, C. V. and Markel, W. R. (1973) Dictionary of Education. Third Edition, NewYork: McGraw Hill.
- Gulliford, J. P. (1976) The Nature of Human Intelligence. NewYork: McDraw Hill Co.
- Gulliford. R. (1971) Special Education Needs. London: Reoutledge and Kegan Paul.
- Gunzbery, H. C. (1968) Social Competence and Mental Handicap. An Introduction to Social Education. London: Baillir Tiredall.
- Hallahan, D. Kauffman , J (2003) Exceptional Learners: Introduction to special Education . Boston: Allyn and Bacon.
- Heward, W. L. (1996) Exceptional Children: An Introduction to Special Education. Fifth edition U.S.A : Charles E. Merrill.
- Hughes, J. M. (1980) Educational services for mentally retarded children in Developing Commonwealth Countries with special reterence to Srilanka. Unpublished ph.D Thesis, University of Wales.
- Hunt, N. and Marshall, K. (1994) Exceptional Children and youth: An Introduction to Special Education. Boston: Houghton Mifflin.
- Ince, I. (1976) The use of relaxation training and a conditioned stimulus in the elimination of epileptic Seizures in a child, a case study. Journal of Behaviour Therapy and Experimental Pschiatry. 7, 34-42.
- Johnston, J. M. and Pennypack , H. S. (1980) Strategies and Tactics of Human Behavioural Research. NewJersy Hillsdale Lawerewace Erlbaum Associate Publishing.
- Kauffman, T. M. (2001) Characteristics of Emotional and Behavioural Disorders in Children and Youth (7^{th} ed) Upper Saddle River, N.J. Merril Prentice-Hall .
- Kilpatric, W. C. (1961) A philosophic viewpoint, In Samual. Evertte, Education Program for the Gifted. NewYork: Harper Brother.
- Kirk, S. A. (1972) Education of Exceptional Children. Boston: Houghton Mifflin.
- Kirk, S. and Johnson, G. O (1952) Education The Retarded Child. London: George G. Harper and Co. Ltd.
- Lance, W. (1976) Exceptional child education at the Bicentennial in E. Edgar. and A. H. Hagden, (1984) Who are the children special

education should serve and howmany children are there? Journal of Special Education. Vol. 4 PP. 521-539 .

- Lazarus, P. and Strichar, S. (1986) Psychoeducational Evaluation of Children and Adolescent with Low Incidence Handicaps. Orland, NewYork: Gurne and Straton, Inc.
- Leonard, L. (1994) Language in preschool children in G. H. Shames, E.H. Wiig and W. A. Secord Humman Communication Disorders. U.S.A. Allyn and Bacon.
- Lerner, J. W. (2000) Children with Learning Disabilities, Theories, Diagnosis, and Teaching Strategies, Eight Edition, U.S.A: Mifflin Company.
- Levinson, A. (1967) The Mentally Retarded Child. London: George Allen and Unwin Ltd.
- Macmillan, D. U. (1977) Mental Retardation in School and Society. Boston: Little Brown and Company .
- Marland, S.P. (1972) Education of the gifted and talented. Report to the Congress of the United States by the U.S. Commissioner of Education. Washington. D. C: U.S. Government Printing Office.
- Matthews , J. and Frattali, C. (1994) The Professions of Speech Language Pathology and audiology. In G. H. Shames, E. H. Wiig and W. A. Secord (Eds) Humman Communication Disorders: An Introduction. (4th ed) NewYork: Macmillan.
- Mcmaster, J. M. (1973) Toward an Education Theory for Mentally Handicapped. London: Edward Arnold . p. 2.
- Neisworth, J. T. and Smith, R. M. (1978(Retardation: Issues, Assessment and Intervention. NewYork: McGraw Hill.
- Nelson, N. W. (1998) Childhood Language In Context: Infancy Through Adolescence (2nd ed) U.S.A. : Allyn and Bacon.
- Owens, R. E. (1995) Language Disorders : A Functional Approach to Assessment and Intervention (2nd ed) U.S.A : Allyn and Bacon.
- Quay, H. (1975) Classification in the treatment of delinquency and antisocial behaviour. In N. Hobbs (Eds) Issues in the Classification of Children. Vol. 1. Sanfrancisco Jossey-Bass.
- Renzulli, J. and Others (1976) Scales for Rating the Behavioral Characteristics of Superior students. V.S Mansfield Center, CT : Creative Learning Press.
- Renzulli, J. S. (1984) What markes giftedness: A reexamination a definition. Phi Delta Kappan, 60. 180-184.
- Rutter, M. and Quinton, D. (1976) Psychiatric disorders ecological factors and concepts of causation . In McGurk Ecological Factors in

Human Development. Amsterdam Applied Holland Publishing Company.

- Sampson, O. C. (1966) Reading and adjustment: A review of literature. Educational Research, 8, PP. 184-190 .
- Sansone, J. and Zigmord, N. (1986) Evaluation mainstreaming through analysis of students schedules. Exceptional Children. Vol. 52. No. 5, PP. 455-458 .
- Sarah, K. (1999) Medical Dictionary. Beirut. Lebanan. ACADEMIA
- Shea, T. (1978) Teaching Children and Youth Behaviour Disorders. Saintlouis, V.S. Mosby .
- Smith, Shea, T. (1995) Complete Family Health Encyclopedia (Ed) Second Edition. London: Dorling Kinderstey.
- Suadi Journal of Disability and Rehabilitation, Riyad, 8, No.1, 2, 2002 .
- Stevenson, A. and Others. (1976) Genetic Counseling. William Heine mann Medical Books. Ltd.
- Tannenbaum, A. J. (1983) Gifted Children Psychological and Educational Perspective. NewYork: Macmillan.
- Tizard, J. and O'connor , N. (1956) The Social Problem of Mental Deficiency. London: Pergaman Press.
- Townsend, P. (1979) Poverity in United Kingdom. Hamonds Werth: Penguin.
- Tredgold, A. F. (1937) A Testbook of Mental Deficiency (63d ed) Batt.
- Upton, G. (1983) Education Children of Behaviour Problem. Cardiff: Faculty of Education. University College Cardiff.
- Vernon, P. E. and Others (1972) The Psychology and Education of Gifted Children. London: Methuen Co Ltd.
- Woody, R. (1969) Behaviour Problems Children in the Schools, Recognition, Diagnosis and Behaviour Modification. NewYork: Prentice Hall Inc.
- Yamaguchi, K. (1973) History and present status of mental retardation in Burger, A. L. (1977) Special education services for mentally retarded in Asia. Mental Retardation , Vol. 15, No. 1.

دار وائل للنشر

وائل

علم ينتفع به

تطلب منشوراتنا من :

عمان : مكتبة وائل - ش. الجمعية العلمية الملكية - مقابل بوابة الجامعة الأردنية الشمالي هاتف : 5335837 6 962+ - فاكس : 5331661 6 962+ - ص.ب (1746) - الجبيهة

عمان : دار وائل للنشر - شارع الجمعية العلمية الملكية - مبنى الجامعة الأردنية الأستثماري الثاني هاتف : 5338410 6 962+ فاكس : 5338413 6 962+

عمان : دار وائل للنشر - وسط البلد - مجمع الفحيص التجاري - تلفاكس : 4627627 6 962+

عمان : مؤسسة تسنيم للنشر والتوزيع - مقابل كلية عمان الجامعية - تلفاكس : 4641162 6 962+

الشارقة : مكتبة الجامعة - هاتف : 5726001 6 971+ ص.ب (4540)

بيروت : دار الكتب العلمية تلفاكس : 804811 - 804810 5 961++ ص.ب (11 - 9424)

القاهرة : دار الكتاب الحديث - 94 شارع عباس العقاد - هاتف : 992 52 27 202+

القاهرة : دار العلوم للنشر والتوزيع - هاتف :202/5761400 - فاكس 202/25799907

الرياض : مكتبة جرير .. ليست مجرد مكتبة. المركز الرئيسي - هاتف : 14626000 966+ الرياض - شارع عاليا - شارع الأمير عبد الله - شارع عقبة بن نافع - وكافة فروعها جدة مكة المكرمة - القسيم - الدمام - الإحساء - الدوحة - أبو ظبي - الكويت.

الرياض : مكتبة العبيكان - العليا - طريق الملك فهد مع تقاطع العروبة وكافة فروعها في الدمام - ابها - المدينة المنورة - الإحساء - القصيم - حفر الباطن - حائل .

الرياض : الدار الصولتية - هاتف : 4968016 9661+ فاكس : 4967536 9661+

جدة : مكتبة كنوز المعرفة للمطبوعات والأدوات المكتبية. جدة - الشرقية - شارع الستين هاتف : 6514222 - 6510421 - فاكس : 6570628

جدة : الدار الصولتية - هاتف : 6177877 9662+ - فاكس : 6172364 9662+

جدة : دار حافظ للنشر والتوزيع - شارع الجامعة - هاتف : 6892860 9662+

بغداد : مكتبة الذاكرة - الاعظمية - مجاور السفارة الهندية هاتف : 4257628 - تلفاكس : 4259987 - الثريا : 621241714 8821+

الدوحة : مكتبة جرير .. ليست مجرد مكتبةطريق سلوى- تقاطع رمادا- هاتف: 4440212 974+

المنامة : جامعة دلمون للعلوم والتكنولوجيا - شارع المعارض هاتف : 17295500 -7294400 9731+

دمشق : دار المكتبي للنشر والتوزيع - حلبوني - هاتف : 2248433 11 963+

رام الله : شركة جلاكسي لأنظمة المعلومات - هاتف : 2958444 02 97+

الكويت : الكويت - مكتبة دار ذات السلاسل - هاتف : 2466255 965+

الجزائر : الدار الجامعية للكتاب - ولاية بو مرداس - هاتف : 21324872766+

الجزائر : أمين للتسويق الدولي للكتاب العلمي والجامعي تلفاكس : 773355 21321+ ص.ب (75) حسين داي (16040) الجزائر

طرابلس : ليبيا - دار الرواد - ذات العماد - برج (4) هاتف : 3350332 821 21+

غريان : ليبيا - المكتبة الجامعية - تلفاكس : 630730 841 21+

صنعاء : الدار العلمية للكتب الجامعية - هاتف : 215054 - تلفاكس : 216649 1 967+

الخرطوم : الدار العلمية للكتب الجامعية - هاتف : 466291 83 - فاكس : 491814 83 1 249+

انواكشوط : موريتانيا - المكتبة التجارية الموريتانية الكبرى GRA.LI.CO-Ma هاتف : 5253009 222+ ص.ب (341) انواكشوط

www.darwael.com E-mail:wael@darwael.com

ومن كافة دور النشر العربية والمكتبات في الوطن العربي

مدخل إلى
التربية الخاصة

